



Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Astma

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Valbona Iljazi (mjeke familje)

Dr. Riccardo Curatolo (mjek i përgjithshëm)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artencja Çollaku (mjeke familje)

Dr. Albiona Lamaj (mjeke familje)

Dr. Vera Kurti (mjeke pneumologe)

Ky udhërrëfyes klinik është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale më 18 mars 2022, Nr. Prot.1210/1.

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E SHqipëRIE
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



HAP
health for all project

Përmbajtja

1. Hyrje	5
2. Metodologjia	6
3. Përkufizimi	8
4. Anamneza / Ekzaminimi fizik	10
4.1 Anamneza	10
4.2 Ekzaminimi fizik	11
5. Diagnoza	13
5.1 Spirometria	15
5.1.1 Fluksi ekspirator maksimal (PEF)	16
5.2 Diagnoza diferenciale	20
5.3 Të tjera	21
6. Vlerësimi i astmës	22
7. Menaxhimi i astmës	28
7.1 Trajtimi jo-farmakologjik	28
7.1.1 Edukimi i pacientit	28
7.1.2 Duhanpirja	30
7.1.3 Ushqyerja	30
7.1.4 Aktiviteti fizik	31
7.1.5 Obeziteti	32
7.2 Trajtimi farmakologjik	33
7.2.1 Inhalimi dhe agjentët oralë të astmës	34
7.2.2 Kortikosteroidet orale	38
7.2.3 Qasja “hap pas hapi” për menaxhimin e astmës	39
7.3 Menaxhimi afatgjatë i astmës	42
7.4 Acarimet/Riakutizimet	42
7.5 Ndjekja	44
8. Kriteret e Referimit te Mjeku Specialist	46
9. Kriteret e Referimit në Urgjencë	47
10. Qasja e Kujdesit në Ekip për Menaxhimin e Astmës	48
11. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për astmën dhe të cilësisë së menaxhimit të rasteve me astmë në KSHP.	52
12. Referencat	54
13. Aneks	57
13.1 Testi i Kontrollit të Astmës	57
13.1.1 Testi i kontrollit të astmës për të rritur	57
13.1.2 Testi i kontrollit të astmës për fëmijë	58

<i>13.2 Pyetësor për të identifikuar shkaktarët e astmës</i>	<i>60</i>
<i>13.3 Plani i Veprimit për Astmën</i>	<i>61</i>
<i>13.4 Trajtimi “hap pas hapi” i astmës</i>	<i>63</i>
<i>13.5 Lista e përgjithshme e barnave</i>	<i>64</i>
<i>13.6 Teknikat e inhalimit</i>	<i>66</i>
14. Shkurtime	69

1. Hyrje

Qëllimi kryesor i këtij udhërrëfyese i bazuar në evidencat klinike më të fundit, është përmirësimi i cilësisë së kujdesit, në veçanti në kujdesin parësor shëndetësor dhe i rezultateve në shëndetin e individëve me astmë. Zbatimi i këtij udhërrëfyese ndihmon dhe mbështet integrimin më të mirë të menaxhimit të astmës në kujdesin shëndetësor parësor (1).

Ky udhërrëfyese ka shërbyer si bazë për hartimin e protokollit të mjekimit për astmën në formën e algoritmeve, si një mjet praktik për përdorim nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri.

Hartimi i këtij Udhërrëfyese është pasuar me hartimin e Manualit të Trajnimit për aftësimin e profesionistëve të KSHP-së në përdorimin e protokollit të mjekimit për astmën në praktikën e tyre të përditshme.

Astma është një problem i shëndetit publik dhe numërohen rreth 300 milionë individë të prekur nga Astma në mbarë botën. Astma është një problem serioz që prek të gjitha grupmoshat. Ajo ndeshet me një prevalencë në rritje në vendet në zhvillim dhe për pasojë me kosto trajtimi dhe barrë vazhdimisht në rritje për pacientët dhe komunitetin. Astma mbetet barrë e papranueshme për sistemet e kujdesit shëndetësor dhe për shoqërinë, pasi sjell humbje të produktivitetit në punë, çrregullime në familje, si dhe është shkaktarja e shumë vdekjeve në mbarë botën, përfshi edhe të rinjtë. Sëmundja e astmës prek të gjitha moshat, por është më e përhapur te fëmijët (2).

Sipas Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), rreth 30-40% e popullsisë në Shqipëri është diagnostikuar me sëmundje alergjike, ndërsa 1-3 % e të rriturve vuajnë aktualisht nga astma. Prevalenca është më e lartë te fëmijët rreth 4 % (3). Për të patur të dhëna më të përditësuara lidhur me prevalencën, incidencën dhe vdekshmërinë nga astma në Shqipëri, duhet përmirësuar regjistri kombëtar për astmën duke përfshirë edhe të dhënat nga kujdesi shëndetësor privat.

Shoqata Shqiptare e Alergologjisë dhe Imunologjisë Klinike (SHSHAIK), me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS), si dhe të Institutit të Shëndetit Publik, organizon çdo vit gjatë muajit maj aktivitete për ndërgjegjësimin rreth kësaj gjendjeje mjekësore (3).

Ky Udhërrëfyese së bashku me Protokollin e Mjekimit si algoritëm dhe Manualin e Trajnimit janë hartuar për tu përdorur nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri, mjekët e familjes dhe infermierët e familjes, specialistët në Mjekësi Familje, por edhe nga pneumologët/alergologët që punojnë në KSHP, ose pneumologët/alergologët e spitaleve që ofrojnë shërbimin e konsulencës për referimet nga Mjeku i Familjes.

2. Metodologjia

Ky udhërrëfyes klinik është hartuar bazuar në rishikimin e dokumenteve ekzistuese të mëposhtme: “Udhërrëfyesi Kombëtar i praktikës më të mirë klinike për menaxhimin e përgjithshëm të pacientit në kujdesin parësor (4),

“Manuali i Mjekëve të Përgjithshëm” (5), dhe

“Udhërrëfyesi për Astmën Bronkiale” (25).

Rishikimi i dokumenteve të mësipërme u shoqërua nga shqyrtimi i literaturës bashkëkohore që përfshiu kërkimin në bazën e të dhënave të PubMed, Dynamed, Uptodate, Medscape dhe Cochrane, si dhe rishikimin e Udhërrëfyesve Ndërkombëtarë: Nisma Globale për Astmën (GINA) (2), Shoqata Britanike Torakale (British Thoracic Society) (BTS)(6) dhe Programi Kombëtar për Edukimin dhe Parandalimin e Astmës e Institutit Kombëtar të Sëmundjeve të Zemrës, Mushkërive dhe Qarkullimit të Gjakut (7), Udhezuesi i Organizatës Botërore të Shëndetit (1) dhe NICE (8).

Studimi i literaturës u krye në bazë të këtyre fjalëve kyçe: “Udhërrëfyesi”, “Asthma”, “Menaxhimi”, “Trajtimi farmaceutik”, “Edukimi për astmën”, “Riakutizimi i astmës”.

Si hap i mëtejshëm, u ndërmor përditësimi dhe pasurimi i dokumenteve ekzistuese me informacione të mëtejshme bashkëkohore për kujdesin shëndetësor parësor. Udhërrëfyesit më të fundit rajonalë dhe ndërkombëtarë ishin burimet të cilat u përpoqëm t'i përshtatnim për kontekstin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri.

Drafti i parë i Udhërrëfyesit, Protokollit të Mjekimit dhe Manualit të Trajnimit u përgatitën nga Dr. Valbona Iljazi, Mjeko familje me eksperiencë, në bashkëpunim me Dr. Riccardo Curattolo, Mjek i përgjithshëm zviceran që punoi si vullnetar për projektin “Shëndet për të Gjithë” në kohën e zhvillimit të këtyre dokumenteve.

Më pas, drafti i parë i Udhërrëfyesit së bashku me draft-Protokollin e mjekimit dhe draft-Manualin e Trajnimit kaluan në një proces rishikimi nga një ekip prej 2 mjekësh familjeje dhe 1 pneumolog në KSHP, për të vlerësuar përmbajtjen dhe zbatueshmërinë e tyre në praktikën e menaxhimit të Astmës nga ekipi i mjekësisë së familjes në Shqipëri. Si rezultat komploti i draft-dokumenteve u përmirësua me përfshirjen e komenteve dhe ideve të propozuara gjatë procesit të rishikimit.

Drafti i Udhërrëfyesit, Protokollit të mjekimit dhe i Manualit të Trajnimit për Astmën u rishikuan nga Grupi Teknik i i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) në një takim konsultues të dedikuar. Komentet dhe sugjerimet e këtij takimi u reflektuan në dokumentet përkatëse. Pas ciklit të takimeve konsultuese me Grupin Teknik të FSDKSH-së, setet e dokumenteve praktike dhe trajnuese për zbatimin e protokolleve të mjekimit për Diabetin, HTA-në, Dislipideminë, Astmën, SPOK-un dhe risitë që sjellin këto dokumente në mbështetje të zbatimit të protokolleve të mjekimit për këto 5 SJT në praktikën e përditshme të mjekësisë së familjes iu paraqitën Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS), FSDKSH-së, Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (OSHKSH), Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSAISH), Fakultetit të Mjekësisë (Departamentit të Mjekësisë së Familjes).

Udhërrëfyesi shërbeu si bazë për hartimin e protokollit të mjekimit për astmën në formën e algoritmeve. Protokollit i mjekimit në formën e algoritmeve që shoqëron Udhërrëfyesin për Astmën, është mjeti praktik për përdorim të përditshëm nga mjekët dhe infermierët e familjes. Ai është një dokument përmbledhës i Udhërrëfyesit Klinik në një format që ofron udhëheqje në menaxhimin e astmës nga ekipi i Mjekësisë së Familjes (MF) në qendër shëndetësore, në familje dhe në distancë.

Udhërrëfyesi klinik është mjeti që i vjen në ndihmë mjekut dhe infermierit të familjes për të kujtuar, sqaruar ose për të ditur më shumë për ndonjë hap a indikacion që jep protokollit. Udhërrëfyesi klinik rekomandon edhe ndarjen e roleve ndërmjet Mjekut dhe Infermierit të familjes në menaxhimin e astmës në KSHP.

Udhërrëfyesi klinik përfshin gjithashtu treguesit për monitorimin e përputhshmërisë së praktikave të ekipit të MF me protokollin dhe për matjen e cilësisë së menaxhimit të pacientëve me astmë përpara dhe pas zbatimit të protokollit. Këto tregues mund të përdoren gjatë procesit të monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet bazike G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardet e Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit shëndetsor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

Udhërrëfyesi dhe Protokollit i mjekimit për astmën shoqërohen edhe me Manualin e Trajnimit. Manuali i Trajnimit është një mjet praktik për tu përdorur gjatë Trajnimeve për Trajnerë dhe nga Grupi i Kolegëve në nivel Qendre Shëndetësore (QSH) lidhur me aftësimin e ekipit Mjek dhe Infermier Familje në zbatimin e Protokollit të Astmës në praktikën e tyre të përditshme.

Udhërrëfyesi dhe Protokollit i mjekimit duhen përditësuar nga një grup profesionistësh të mjekësisë së familjes brenda 5 vitesh, nëse studimet e mëtejshme mbi astmën nuk ofrojnë evidenca shtesë për përditësim më të hershëm të tyre.

3. Përkufizimi

Astma është një çrregullim kronik inflamator i rrugëve të ajrit me hipereaktivitet bronkial dhe obstruksion të herëpashershëm të tyre, i karakterizuar nga episode të përsëritura të fishkëllimave, marrjes së frymës, shtrëngimit në gjoks dhe kollitjes.

Këto simptoma lidhen me obstruksionin variabël të fluksit ekspirator, pra vështirësi në ekspirim si pasojë e bronkokonstriksionit, trashjes së mureve të rrugëve ajrore dhe rritjes së sasisë së mukusit. Ka lloje të ndryshme astme me procese të ndryshme fizpatologjike. Hiperaktiviteti bronkial shpeshherë shoqërohet me astmë, por nuk do të thotë që çdo hiperaktivitet bronkial është astmë.

Mjekët që trajtojnë të rriturit hasin jo pak herë pacientë të cilët janë diagnostikuar me astmë shumë vite më parë. Mbi 50% e rasteve janë diagnostikuar me astmë përpara moshës 7 vjeçare. Shumë fëmijë përjetojnë lehtësim të simptomave të astmës gjatë pubertetit, me gjasa që të rishfaqet përsëri në vitet e mëvonshme.

Astma mund të shfaqet në çdo moshë, megjithëse shfaqja e saj për herë të parë te të rriturit haset më pak krahasuar me grup-moshat e tjera. Astma profesionale, astma e ndjeshme ndaj aspirinës (sëmundja respiratore e përkeqësuar nga aspirina) dhe astma eozinofilike janë sindroma të veçanta që shfaqen zakonisht tek të rriturit.

Klasifikimi i astmës: Fenotipet kundrejt Endotipeve.

Astma është heterogjene në terma të rëndesës, anamnezës, përgjigjes së trajtimit. Heterogjeniteti reflekton mekanizmin fizpatologjik të astmës.

Fenotipet përcaktohen nga karakteristika të observueshme që rezultojnë nga një kombinim i ndikimit gjenetik dhe atij mjedisor.

Astma prej shume kohësh klasifikohet në 2 fenotipe kryesore si **jo-atopike** (intrinseke) dhe **atopike** (alergjike). Këto fenotipe ndahen në nëngrupe bazuar në moshën, kohën e shfaqjes, statusin atopik, obezitetin, frekuencën e riakutizimeve, eozinofilinë, sëmundjen respiratore të riakutizuar nga aspirina dhe rezistencën ndaj glukokortikoidëve. Duhet mbajtur parasysh që midis këtyre nëngrupeve ka shumë mbivendosje.

Strategjia e klasifikimit të astmës ka evoluar duke shoqëruar mekanizmin molekular me fenotipin. Endotipet e astmës përshkruajnë mekanizmat fiziopatologjikë në nivel qelizor dhe molekular (32).

Shumica e ekspertëve e klasifikojnë astmën bazuar në sasinë e inflamacionit të tipit T2 (rritje të citokinave IL-4, 5, and 13) (33).

Astmë me nivel të lartë inflamacioni T2 dhe me nivel të ulët inflamacioni T2.

T2-i lartë ndahet në 3 grupe: 1)astma alergjike e hershme; 2)astma alergjike e vonë; 3)astma eozinofilike e vonë dhe sëmundja respiratore e ekzacerbuar nga aspirina (AERD).

T2-i ulët ndahet bazuar në karakteristikat klinike, përfshirë obezitetin, duhanpirjen dhe moshën e vonë.

Përcaktimi i fenotipeve të astmës çon në përmirësimin e trajtimit të këtyre pacientëve. P.sh, pacientët me astmë të rëndë atopike përfitojnë nga terapia anti-IgE (Omalizumab), ata me astmë të shfaqur në moshën e adultit me sëmundje eozinofilike me apo pa riakutizim respirator nga aspirina përfitojnë nga antitruapat anti-interleukin (IL)-5/IL-5R ose antitruapat IL-4RA , si edhe nga modifikuesit e leukotrieneve dhe nga desensibilizimi ndaj aspirinës.

4. Anamneza / Ekzaminimi fizik

Anamneza dhe në mënyrë të veçantë ekzaminimi fizik duhet të kryhen në çdo konsultë.

4.1 Anamneza

Nevojitet një vlerësim i detajuar i historikut mjekësor për të mbështetur diagnostikimin e astmës dhe identifikuar faktorët e mundshëm që sjellin shfaqjen e saj. Historiku është shumë i rëndësishëm pasi simptomat e astmës kanë prirjen të jenë të ndryshueshme, sezonale dhe të përsëritshme dhe ekzaminimi fizik mund të jetë krejtësisht normal. Simptomat zakonisht përkeqësohen gjatë natës ose herët në mëngjes, si dhe nga ekspozimi ndaj shkaktarëve jospesifikë. Kështu duhet hetuar edhe historiku i astmës në fëmijëri ose historiku i fishkëllimave përpara moshës 3 vjeç, atopia, riniti alergjik, sinusiti, dermatiti atopik, dermatiti seborroik (rrjebulla), sëmundja e refluksit gastro-ezofageal (GERD), polipet nazale.

Simptomat klasike të astmës:

- Kollitja
- Shtrëngime në gjoks
- Fishkëllima
- Vështirësia në frymëmarrje (dispnea)

Kollitja mund të jetë simptoma e vetme e astmës, veçanërisht në rastet e astmës së shkaktuar nga aktiviteti fizik ose gjatë natës. Zakonisht, kolla nuk shoqërohet me sekrecione.

Shtrëngimi në gjoks ose historiku i shtrëngimit apo dhimbjes në gjoks mund të paraqitet me ose pa simptoma të tjera të astmës, veçanërisht në astmën e shkaktuar nga aktiviteti fizik ose gjatë natës.

Sibilancat, tingulli fishkëllues me tonalitete të lartë që prodhohet nga turbulenca e ajrit në rrugët ajrore, është një prej simptomave më të zakonshme. Në rastin e episodeve shumë të rënda, fishkëllima mund të mungojë për shkak të kufizimit të madh të fluksit të ajrit që lidhet me ngushtimin e rrugëve të frymëmarrjes dhe me lodhjen e muskujve respiratorë. Astma mund të mos shoqërohet me fishkëllima kur obstrukcioni përfshin kryesisht rrugët e vogla të frymëmarrjes.

Anamneza familjare: astma ose gjendjet e tjera atopike (ekzema /dermatiti atopik dhe riniti alergjik) favorizojnë diagnozën e astmës.

Medikamentet, alergjitë, anamneza sociale: të pyeturit lidhur me duhanpirjen, stresin, aktivitetin fizik, profesionin dhe vendin e punës, ekspozimet ndaj alergjenëve në shtëpi (për shembull, kafshët shtëpiake, myku, pluhuri) dhe medikamentet në përdorim, ndihmojnë për identifikimin e faktorëve të mundshëm shpërthyes të astmës.

Faktorët që shpërthejnë ose përkeqësojnë simptomat e astmës:

Aktiviteti fizik, infeksioni viral, kafshët me gëzof ose qime, grimcat e pluhurit të shtëpisë, myku, tymi i duhanit, kimikatet që qëndrojnë në ajër, pluhuri, ndryshimet e kohës, alergjenët sezonalë që qëndrojnë në ajër veçanërisht poleni dhe myku, ajri i ftohtë, përjetimi i emocioneve të forta, aspirina dhe barnat e tjerë antiinflamatorë jo steroidë (NSAID), beta bllokuesit.

Megjithatë, asnjë prej këtyre simptomave nuk janë specifike për diagnozën e astmës dhe pacientët mund të jenë krejtësisht asimptomatikë gjatë vlerësimit të parë.

4.2 Ekzaminimi fizik

Ekzaminimi fizik i të rriturve me astmë nga ana e mjekut të familjes mund të evidentojë gjetje jo normale, por mund të jetë një ekzaminim fizik plotësisht normal. Gjetja më e zakonshme është fishkëllima gjatë auskultimit, veçanërisht gjatë frymënxjerrjes së sforcur. Gjatë atakut të astmës mund të jenë të pranishme takipnea, fishkëllima, një kraharor i heshtur dhe një frymënxjerrje e zgjatur.

Shenjat vitale: Takikardia, puls i paradoksal, frymëmarrja e shpeshtë, niveli i ulët i oksigjenit, evidentohen në ekzaminim fizik në varësi të nivelit të shkallës së rëndesës.

Në gjendjen e përgjithëshme të pacientit, prania e cianozës ose e vështirësisë së frymëmarrjes mund të tregojë për atak astme. Për vlerësimin e rëndesës së atakut astmatik, i duhet kushtuar rëndësi ekzaminimit të toraksit për vlerësimin e pranisë ose jo të distendimit të toraksit ose përdorimit të muskujve ndihmës respiratore.

Mushkëritë: fishkëllima rrit gjasat për prani të astmës, por mund edhe të mos jetë e pranishme. Fishkëllima mund të dëgjohet vetëm gjatë ekspirimit dhe mund të evidentohet një ekspiracion i zgjatur (30).

Lëkura: mund të jenë të pranishme dermatiti atopik, ekzema, apo shfaqje të tjera të alergjive në lëkurë.

Të tjera: Kongjestioni dhe inflamacioni i konjektivave, shtimi i sekrecioneve nazale, vija transversale në lëkurën mbi majën e hundës për shkak të fshirjes së shpeshtë të saj që lidhet me rinitin alergjik, mukoza nazale me ngjyrë të zbehtë për shkak të rinitit alergjik. Mukoza nazale mund të jetë eritematoze ose e lagësht, si dhe mund të jenë të pranishme edhe polipet nazale.

Ka shumë rëndësi që mjeku dhe infermieri i familjes të kryejnë një ekzaminim të përgjithshëm të plotë, pasi mund të evidentojnë gjetje në lëkurë dhe traktin respirator që mbështesin diagnozën e astmës.

5. Diagnoza

Vlerësimi klinik i plotë, anamneza dhe ekzaminimi fizik janë baza e procesit të diagnostikimit. Ato ndihmojnë në vlerësimin e probabilitetit fillestar të astmës.

Probabiliteti i lartë për astmë - pacientët shfaqin shenjat tipike që në vlerësimin fillestar dhe reagojnë mirë ndaj fillimit të mjekimit. Treguesit për Probabilitet të Lartë të Astmës janë (2):

- Anamneza për episode (atake) të përsëritura të simptomave, dhe veçanërisht nëse përkohë me ndryshimet në provat pulmonare kur personi është simptomatik dhe asimptomatik.
- simptomat e fishkëllimës, kollës, dispnesë (marrja e frymës) dhe shtrëngimit në gjoks që ndryshojnë me kalimin e kohës
- dokumentimi i fishkëllimës së dëgjuar gjatë ekzaminimit nga një profesionist i kujdesit shëndetësor
- anamneza personale/familjare për gjendje të tjera atopike (sidomos ekzema atopike/dermatiti, riniti alergjik)
- asnjë simptomë/shenjë që sugjeron ndonjë diagnozë alternative

Probabiliteti mesatar i astmës - pacientët shfaqin disa, por jo të gjitha karakteristikat tipike të astmës në vlerësimin fillestar dhe nuk përgjigjen mirë ndaj fillimit të mjekimit. Këto raste kërkojnë vlerësim klinik dhe investigime të tjera përpara se të vendoset diagnoza dhe të fillohet apo vazhdohet trajtimi, nëse situata nuk është akute.

Probabiliteti i ulët i astmës - pacientët që nuk kanë asnjë karakteristikë tipike në vlerësimin fillestar klinik ose që kanë simptoma që sugjerojnë një diagnozë alternative dhe/ose kanë më tepër gjasa për një diagnozë alternative. Hetoni për diagnozën alternative dhe konsideroni edhe njëherë astmën nëse gjendja klinike ndryshon ose diagnoza alternative nuk është konfirmuar. Në këtë rast kryeni teste të tjera për të hetuar për diagnozën e astmës.

Diagnoza klinike e astmës duhet mbështetur me të dhënat e spirometrisë për obstruksion bronkial dhe të kthyeshmërisë/reversibilitetit (shihni kreun 5.1). Asnjë test i vetëm nuk ka sensibilitetin dhe specifikitetin e duhur për të diagnostikuar astmën (28).

Provat pulmonare (testet objektive) ndikojnë probabilitetin e diagnostikimit të astmës, por sa do të merren në konsideratë, do të varet nga niveli i probabilitetit për astmën përpara testimit, si dhe nga vlera parashikuese e vetë testit.

Kështu, në një pacient me probabilitet shumë të lartë për astmë përpara testit, rezultati negativ i spirometrisë për astmën nuk e përjashton diagnozën e astmës. Ndërsa, për një pacient me probabilitet mesatar ose të ulët për astmë, testi diagnostikues pozitiv mund të rrisë ndjeshëm probabilitetin për diagnozën e astmës.

Lidhur me probabilitetin për astmën bazuar në vlerësimin fillestar klinik shihni Tabelën 1.

Tabela 1 Probabiliteti për astmë në vlerësimin fillestar klinik

Simptomat episodike

Më shumë se një prej simptomave të fishkëllimës, marrjes së frymës, shtrëngimit në gjoks dhe kollitjes që shfaqen në mënyrë episodike me periudha me dhe pa simptoma apo me simptoma minimale ndërmjet episodeve.

- Histori e dokumentuar e atakeve të fishkëllimave akute të shkaktuara nga infeksioni viral ose ekspozimi ndaj alergjenëve me përmirësim simptomatik dhe objektiv me kalimin e kohës dhe/ose me trajtimin për astmë;
- Episode të simptomave që shfaqen herë pas here të shkaktuara nga ekspozimi ndaj alergjenëve dhe infeksionit viral të përkeqësuar nga aktiviteti fizik, ajri i ftohtë, emocioni apo e qeshura te fëmijët;
- Te të rriturit, simptomat shpërthejnë nga marrja e medikamenteve antiinflatore josteroidale dhe/ose i beta bllokuesve;
- Historiku i dokumentuar i niveleve jashtëzakonisht të ulëta të FEV1 ose PEF gjatë episodeve simptomatike krahasuar me periudhat asimptomatike, konfirmon në mënyrë krejt objektive natyrën bllokuese të simptomave episodike.

Fishkëllima e konfirmuar nga një profesionist i kujdesit shëndetësor gjatë auskultimit

Ka shumë rëndësi të dallojmë fishkëllimat nga format e tjera të zhurmave respiratore, si p.sh. stridori.

Ekzaminimi normal i përsëritur i kraharorit të simptomatikëve ul probabilitetin e astmës.

Evidenca për variacion gjatë 24 orëve

Simptoma që përkeqësohen gjatë natës ose në orët e para të mëngjesit..

Histori me gjendje atopie

Anamnezë personale për atopi (p.sh. ekzema ose rinitit alergjik), ose anamnezë familjare për astmë dhe/ose gjendje atopike, me shumë gjasa të konfirmuara nga dokumentimi i mëparshëm i rritjes së nivelit të IgE-ve specifike ndaj alergjeneve, i testeve alergjike të lëkurës pozitive ndaj alergjenëve të ajrit ose i rritjes së eozinofileve në gjak.

Mungesa e simptomave, shenjave ose historisë klinike që sugjeron diagnoza të tjera

(përfshin, por nuk kufizohet vetëm te SPOK-u, çrregullimi i funksionit të frymëmarrjes, obeziteti)

Tek fëmijët nën 5 vjeç të cilëve nuk mund t'u kryhet spirometria, prova e mjekimit me medikamentet e astmës mund të ndihmojë në vënien e diagnozës. Përmirësimi i simptomave dhe shenjave me trajtimin me salbutamol është sugjeruese e diagnozës së astmës.

Ka ende debat për klasifikimin e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël me fishkëllima të përsëritura. “Bronkiti fishkëllyes” zakonisht përkufizon foshnjat ose fëmijët joatopikë me fishkëllima të përsëritura të shkaktuara nga viruset, që kanë prirjen të zhduken me të mbushur pesë vjeç (23).

5.1 Spirometria

Spirometria është metoda e preferuar për monitorimin e funksionit pulmonar te fëmijët më të mëdhenj se 5 vjeç dhe te të rriturit. Për vlerësimin e fluksit ekspirator maksimal (PEF) me pikflometër shihni kreun 5.1.1.

Konfirmimi me spirometri i obstruksionit dhe i reversibilitetit nga bronkodilatatori mbështet diagnozën klinike të astmës. Nëse spirometria nuk tregon reversibilitet në vlerësimin e përsëritur, mund të konsiderohen testime të mëtejshme kur ato janë të mundura. Një spirometri normale nuk e përjashton astmën.

Spirometria rekomandohet për të gjithë pacientët që dyshohen të kenë astmë për të:

- Konfirmuar diagnozën
- Vlerësuar shkallën e rëndesës së kufizimit të fluksit të ajrit
- Monitoruar kontrollin e astmës.

Spirometria duhet të kryhet në kohën e vlerësimit fillestar për të dokumentuar kufizimin e fluksit të ajrit, dhe për të njohur vlerën që shërben si bazë për vlerësimin e reagimit ndaj fillimit të trajtimit apo për përjashtimin e diagnozave alternative.

Evidenca për obstruksion: **FEV1 / FVC < 70 %** e vlerës së synuar, **< 90 % te fëmijët**.

Reversibiliteti: përmirësim i FEV1 brenda pak minutave pas inhalimit të bronkodilatatorit me veprim të shpejtë (p.sh pas 200 – 400 µg salbutamol 2 – 4 shkrepje), ose përmirësimi i qëndrueshëm gjatë ditëve/javëve pas fillimit të trajtimit efikas p.sh me glukokortikosteroide inhalatore.

- Shkalla e pranuar e reversibilitetit/kthyeshmërisë së FEV1 që tregon se kemi të bëjmë me diagnozën e astmës është **> 12 % dhe > 200 ml** se sa vlera përpara bronkodilatatorit.

Për shembull, bllokimi/obstruksioni i kthyeshëm i rrymës së ajrit te pacientët me kollë kronike, por pa simptoma në kraharor apo fishkëllima gjatë ekzaminimit, ndihmon të

bëjmë diagnostikimin e saktë të astmës.

Variacioni: (Përkeqësimi ose përmirësimi me kalimin e kohës: ditë, muaj ose stinë)
Historiku i variacioneve është një komponent i rëndësishëm për diagnostikimin e astmës.

Rregulla për kryerjen e spirometrisë me cilësi (31):

- Frymënxjerrja duhet të zgjasë të paktën 6 sekonda, përndryshe vlera e FVC-së do të jetë fiktivisht më e ulët.
- Në testet e ekzaminimit, variacioni i FEV1 dhe FVC duhet të jetë $< 0.15 \text{ L}$ ($< 5.0 \%$).
- Kurba me rritje drastike dhe me majë me rënie të shpejtë në kulmin e saj tregon se pacienti reagon mirë.
- Pjesa zbritëse e kurbës së vëllimit të fluksit duhet të jetë konsistente dhe pa çrregullime
- Pacienti nuk duhet të marrë frymë në asnjë moment gjatë fazës së nxjerrjes së frymës dhe nuk duhet të kollitet.

5.1.1 Fluksi ekspirator maksimal (PEF)

Për astmën, duhet mbajtur parasysh se vlerësimi me spirometri përpara dhe pas dhënies së bronkodilatatorit preferohet kundrejt monitorimit të PEF-it, sepse spirometria jep informacion më të saktë. Krahas kësaj, spirometrat kalibrohen lehtësisht, rezultatet shoqërohen nga vlera të parashikuara për çdo pacient dhe ekzaminimi i kurbave të volumit të fluksit mundëson vlerësimin e përpjekjes/ushtrimit të pacientit.

Fluksi ekspirator maksimal (PEF), është vlera maksimale e volumit të ajrit që një person mund të nxjerrë gjatë një prove të shkurtër ekspiratore maksimale, menjëherë pas një inspirimi të thellë. Te pacientët me astmë, përqindja e parashikuar e PEF-it lidhet mirë në mënyrë të arësytuar me vlerën e parashikuar të përqindjes për volumen e sforcuar ekspirator në sekondën e parë (FEV1) dhe jep një matje objektive të kufizimit të fluksit të ajrit kur spirometria nuk është e disponueshme.

Si alternativë, PEF mund të shërbejë si tregues mjaft i dobishëm i obstruksionit të fluksit të ajrit dhe mund të matet me pikflometër, që është një aparat i vogël dore. Monitorimi i PEF-it gjen përdorim më të mirë te pacientët që janë diagnostikuar me astmë përmes spirometrisë.

Matjet e PEF-it mund të vijnë në ndihmë të diagnostikimit dhe monitorimit të astmës, por nuk e zëvendësojnë FEV1.

Kufizimet e PEF-it

Fluksi maksimal ekspirator i kufizuar nuk është sinonim i obstruksionit të rrugëve të ajrit: spirometria është e nevojshme për të bërë dallimin midis obstruksionit dhe një anormaliteti ngushtues të rrugëve të ajrit. Monitorimi në shtëpi përmes matjeve të përsëritura të PEF-it me kalimin e kohës mund të jetë i dobishëm për të përcaktuar ndryshimet relative ose prirjet e kontrollit të astmës të rriturit. Matjet varen shumë nga teknika e pacientit.

Udhëzime për matjen e duhur të fluksit maksimal ekspirator me pikflometër

- Vendoseni treguesin e pikflometrit te zeroja.
- Uluni ose qëndroni në këmbë drejt.
- Merrni frymë thellë, sa më thellë të mundeni.
- Vendoseni matësin e fluksit maksimal ekspirator në gojë dhe shtrëngojini buzët rreth gojzës së matësit.
- Me t'i puthitur buzët me gojzën e matësit, nxirrni frymën sa më fort dhe sa më shpejt të mundeni duke përdorur muskujt e gjoksit dhe të barkut. E gjithë kjo përpjekje nuk duhet të marrë më shumë se 2 sekonda.
- Shkruani rezultatin.
- Përsëriteni edhe dy herë të tjera (tre në total).
- Mbani shënim si vlerë përfundimtare vlerën më të lartë.

Ka shumë rëndësi që të vlerësohet teknika e përdorimit të pikflometrit nga pacienti dhe të korrigjohet çdo gabim i mundshëm. Këshillohet dhe nxitet pacienti që të mbajë një ditar ku të shënojë matjet e fluksit maksimal në mëngjes dhe në darkë përgjatë një ose dy javëve kur ndihet plotësisht mirë. Kjo duhet të jetë edhe “vlera më e mirë personale” e fluksit maksimal.

Variacioni ditë me vlera pak më të ulëta të PEF-së në mëngjes krahasuar me mbasdite-darkën është më se normal. Përqindja e variacionit ditë duhet të jetë më pak se 20%, kur astma është e mirëkontrolluar.

Matja e fluksit ekspirator maksimal me pikflometër (ose me spirometër) për të bërë një vlerësim sa më objektiv të shkallës së rëndësës së atakut të astmës:

- Është metoda më e mirë për ata pacientë që mund ta kryejnë testin. Pacientëve me shenja të insuficiencës respiratore nuk duhet t'u kërkohet të kryejnë testin. Në përgjithësi, shkalla e fluksit maksimal < 200 L/min tregon obstruksion të rëndë për shumicën e të rriturve, përveçse kur janë shumë të shkurtër ose të moshuar. Për sa i përket përqindjes së parashikuar, ose vlerës më të mirë personale, përkeqësimi konsiderohet si i rëndë kur fluksi ekspirator maksimal (PEF) është ≤ 50 % të vlerës së parashikuar; përkeqësimi konsiderohet i moderuar kur PEF është > 50 por < 70 % dhe nuk kthehet në normalitet pas terapisë me bronkodilatator.

Krahas kësaj, përparësia kryesore e kontrollit të fluksit maksimal ekspirator të pacientët

me simptoma të astmës, është zbulimi i obstruksionit të rëndë të fluksit të ajrit te personat që mund të mos shfaqin shqetësime respiratore ose fishkëllima, pavarësisht natyrës serioze të atakut të tyre.

Variacioni i PEF-it

Kur nuk është e mundur të bëhet spirometria, dokumentimi i variacionit të PEF-it mund të përdoret për të mbështetur diagnozën e astmës. Pacientëve mund t'u kërkohet të shënojnë vlerën e matur të PEF-it sapo zgjohen në mëngjes, në pasdite-darkë së bashku me simptomat, dhe pas përdorimit të bronkodilatatorit. Matjet duhet të mbahen shënim dy herë në ditë për 2 javë, pavarësisht nëse ka apo jo simptoma. Variacioni i fluksit maksimal llogaritet si diferenca midis vlerës maksimale dhe vlerës minimale të fluksit maksimal në një ditë, e shprehur si përqindje e PEF-it minimal të asaj dite. Variacioni brenda ditës ose midis ditëve i PEF-it mbi 60 L/min (ose > 20 %), i shoqëruar edhe me simptoma, është karakteristikë e astmës.

$$\text{Variacioni PEF \%} = \frac{(\text{PEF}_{\text{max}} - \text{PEF}_{\text{min}})}{\text{PEF}_{\text{max}}} \times 100$$

Shembull:

$$\text{PEF}_{\text{max}} = 400 \text{ L/min}; \text{PEF}_{\text{min}} = 300 \text{ L/min}$$

$$\text{Amplituda} = 400 \text{ L/min} - 300 \text{ L/min} = 100 \text{ L/min}$$

$$\text{Variacioni i PEF në \%} = (400-300):400 \times 100 = 25\%$$

Matjet e njëpasnjëshme të PEF-it në ambjentet e punës dhe jashtë këtyre ambjenteve, ndihmojnë kryerjen e vlerësimit fillestar të astmës nga kushtet e punës.

Monitorimi i PEF-it

Pacientëve u kërkohet të monitorojnë dhe mbajnë shënim PEF-in e tyre dy deri në katër herë në ditë (p.sh në mëngjes, pasdite, me simptoma, pas përdorimit të bronkodilatatorit) përgjatë dy javëve, idealisht kur astma është nën kontroll. Rezultatet e dy javëve rishikohen për të përcaktuar “vlerën më të mirë” personale të PEF-it, që është edhe matja më e lartë e PEF-it gjatë periudhës së monitorimit pas trajtimit. Kufijtë e vlerave normale të PEF-it te një pacient luhaten nga 80 deri në 100% të vlerës më të mirë personale. Kjo vlerë përdoret për të hartuar edhe “planin e veprimit për astmën” (shihni kreun 7.1.1)

Për pacientët që nuk e dijnë vlerën më të mirë personale të PEF-it, tabela 2 dhe 3 mund t'i ndihmojë për të përllogaritur “vlerën më të mirë personale” përkatësisht sipas gjinisë, moshës dhe gjatësisë. Këto tabela mbështeten te vlerat e parashikimit për gratë dhe burrat kaukazë.

Tabela 2 Fluksi ekspirator maksimal (PEF; litër/minutë) për **femrat** 20 deri në 70 vjeç

Mosha	Gjatësia				
	140 cm	152 cm	165 cm	178 cm	190 cm
20	333	372	418	468	517
25	340	379	425	475	524
30	344	383	429	479	528
35	344	383	430	479	529
40	342	381	427	477	526
45	336	376	422	471	521
50	328	367	413	463	512
55	316	323	401	451	501
60	301	341	387	436	486
65	283	323	369	419	468
70	263	302	348	398	447

Tabela 3 Fluksi ekspirator maksimal (PEF; litër/minutë) për **meshkujt** 20 deri në 70 vjeç.

Mosha	Gjatësia				
	152 cm	165 cm	178 cm	191 cm	203 cm
20	477	539	606	678	748
25	484	546	613	685	756
30	488	550	616	688	759
35	487	549	616	688	758
40	483	545	611	683	754
45	474	536	603	675	746
50	462	436	591	663	733
55	446	508	575	646	717
60	426	488	554	626	697
65	402	464	530	602	673
70	374	436	503	574	645

Të dy procedurat (spiometri dhe PEF) duhet të njihen nga mjekët dhe infermierët e familjes. Mjekët e familjes mund t'i referojnë pacientët me simptoma astme te një specialist për testin e spiometrisë. Megjithatë, vlerësimi i PEF-it duhet kryer dhe mbikqyrur nga mjeku i familjes. Infermierët e familjes duhet të jenë në gjendje t'i edukojnë pacientët për të matur vetë PEF-in në shtëpi dhe t'i kontrollojnë e mbështesin ato për përdorimin e duhur të pajisjes. Mjekët dhe infermierët e familjes në çdo konsultë duhet të kontrollojnë vetëmatjen e PEF-it nga pacienti dhe duhet t'i mbështesin pacientët e astmës përmes edukimit dhe këshillimit motivues (28).

5.2 Diagnoza diferenciale

Shumë situata klinike mund të imitojnë, ose të ekzistojnë së bashku me astmën. Diagnoza diferenciale e astmës përfshin çrregullime që shkaktojnë kollë kronike, fishkëllimë dhe/ose kufizim të fluksit të ajrit në spirometri.

Astma kundrejt SPOK-ut Sëmundja kronike pulmonare obstruktive (SPOK) është një gjendje e shpeshtë që imiton astmën, madje ndonjëherë mund të ekzistojë së bashku me të. Moshimi, ekspozimi i madh ndaj duhanit, përkeqësimi i kollës dhe prodhimi i vazhdueshëm i sputumit, janë tregues domethënës për diagnozën e SPOK-ut, që ka obstrukcion jo reversibël në spirometri. Ndryshimet e obstrukcionit të fluksit të ajrit dhe përmirësimi i spirometrisë pas përdorimit të bronkodilatatorit me kalimin e kohës janë të ngjashme me astmën, por përmirësimi i spirometrisë pas përdorimit të bronkodilatatorit është përgjithësisht më i vogël te SPOK-u dhe nuk arrin vlera normale.

Astma	SPOK
Kryesisht te moshat e reja	Kryesisht > 45 vjeç
Atake të dispnesë	Dispne nga aktiviteti fizik
Obstrukcion i kthyesëm/i ndryshueshëm	Obstrukcion i vazhdueshëm
Atopi ose histori familjare për astmën	Duhanpirës

Tuberkulozi dhe bronhektazia duhet të merren parasysh te pacientët me hemoptizi, dhimbje krahë dhe/ose simptoma si, temperaturë dhe humbje të peshës.

Refluksi gastro-ezofageal duhet të konsiderohet me shumë vëmendje sepse përveç imitimit të astmës mund të shkaktojë një kontroll jo të mirë të saj.

Duhet të konsiderohen në diagnozën diferenciale të kollës kronike edhe riniti ose rinosinusiti, sindroma e kollës post-virale, bronkiti eozinofilik, kolla hiperaktive bronkiale postinfektive e shkaktuar nga ACE-inhibitorët, dhe infeksioni nga Bordetella pertussis. Insuficienca kardiake është një tjetër shkak i kollës së natës. Kolla e natës / herët në mëngjes me fishkëllima dhe shtrëngim në gjoks është tipike e astmës.

Prania e stridorit, fishkëllimë monofonike e lokalizuar, mund të sugjerojë një obstrukcion intratorakal ose ekstratorakal të rrugëve të frymëmarrjes nga një shumëllojshmëri shkaqesh, të tilla si, aspirimi i një trupi të huaj ose tumore beninje/malinje të rrugëve të frymëmarrjes ose mosfunksionimi i kordave zanore.

5.3 Të tjera

Testimi bronko-provokues nuk rekomandohet si një test rutinë për diagnostikimin e astmës. Prova me metakolinë mund të përdoret për të përjashtuar astmën, veçanërisht kur spirometria është normale dhe ka mungesë të reagimit ndaj bronkodilatimit. Testi ka një vlerë parashikuese negative të lartë (NPV=97%). Kjo do të thotë që një rezultat negativ i testit, përjashton astmën në atë pacient që ka probabilitet të lartë të astmës. Në popullatën e shëndetshme testi është fals pozitiv në 30 - 40% të rasteve.

Kujdes: ky test provokimi duhet të kryhet vetëm nga një specialist dhe nuk kryhet në kujdesin shëndetësor parësor.

Laborator: gjak komplet me formulë leukocitare, përfshirë eozinofilet; totali i IgE-ve, matja e eozinofileve në sputum.

Nëse pacienti dyshon për një shkaktar alergjik, shpesh është e dobishme që pacienti të mbajë një ditar (ku të mbajë shënim ekspozimet, aktivitetin, ambjentin, ushqimet e përdorura, dhe matjet e fluksit ekspirator maksimal) për të parë nëse ka një lidhje midis simptomave, funksionit të mushkërive dhe shkaktarit të dyshuar.

Testimi i alergjisë: Ky test duhet të kryhet te pacientët me astmë me simptoma që ndodhin pas ekspozimit ndaj aeroalergjenëve dhe nuk arrihet kontroll i astmës me trajtimin sipas nivelit 2 dhe 3.

Është e rëndësishme që rezultatet e këtij testimi të interpretohen në kontekstin e vlerësimeve të tjera diagnostikuese, duke përfshirë historikun mjekësor dhe ekzaminimin fizik, sepse një test pozitiv i lëkurës ose testi pozitiv in vitro (IgE immunoassay) tregon vetëm që pacienti është i sensibilizuar ndaj atij alergjeni dhe ka potencial për të zhvilluar simptoma kur ekspozohet ndaj këtij alergjeni. Diagnoza e alergjisë kërkon gjithashtu që pacienti të ketë një histori të qëndrueshme me simptomat pas ekspozimit.

6. Vlerësimi i astmës

Gjatë çdo vizite, pacienti duhet t'i nënshtrohet një vlerësimi objektiv të **kontrollit** dhe të shkallës së **rëndesës** së astmës së tij/saj. **Kontrolli** dhe **shkalla e rëndesës së astmës** nuk janë e njëjta gjë.

Ndërkohë që kontrolli pasqyron se deri në ç'pikë mund të kontrollohen simptomat nëpërmjet trajtimit, shkalla e rëndesës lidhet me formën dhe intensitetin e vetë sëmundjes. Një pacient që ka astmë të rëndë gjatë vizitës së parë mund të përmirësohet me trajtimin fillestar dhe mund të vazhdojë me kontroll të mirë të astmës për vite me radhë vetëm me trajtim të lehtë. Nga ana tjetër, pacientët që gjatë vizitës së parë mund të kenë astmë të lehtë, mund të kenë në vazhdim astmë jo të kontrolluar mirë nëse ai/ ajo nuk e ka zbatuar terapinë ose nëse ka shkaktarë të tjerë mjedisorë që pengojnë kontrollin e mirë.

Vlerësimi i shkallës së rëndesës së astmës

Vlerësimi i shkallës së rëndesës së astmës zakonisht bëhet në kohën e diagnozës.

Pra, rëndesa e astmës përcaktohet që me vlerësimin fillestar ndërsa kontrolli i saj vlerësohet gjatë ndjekjes së pacientit në vazhdimësi.

Niveli i rëndesës së astmës përcaktohet nga vlerësimi i simptomave dhe niveli i kufizimit të jetës normale të pacientit, interferimi me gjumin dhe aktivitet e përditshme si dhe rreziku për riakutizime; vlerësimi i dëmtimit bazohet në simptomat që mban mend pacienti ose kujdestari për dy deri në katër javët e fundit si dhe nga spirometria (28).

Nivelet e rëndesës janë: intermitente, persistente e lehtë, persistente e moderuar dhe persistente e rëndë. Në Tabelën 4 shpjegohet klasifikimi i niveleve të rëndesës.

Shënim: Vlerat normale të FEV1/FVC sipas grup-moshave janë:

85 % për 8 deri në 19 vjeç;

80 % për 20 deri 39 vjeç;

75 % për 40 deri në 59 vjeç; dhe

70 % për 60 deri në 80 vjeç.

Bazuar në vlerësimin e shkallës së rëndesës së astmës gjatë vizitës së parë fillohet trajtimi farmakologjik. Për pacientët e diagnostikuar me astmë, një vlerësim i kontrollit të astmës ndikon në rregullimin e trajtimit farmakologjik duke bërë hapa para ose prapa me qëllim për të pasur një astmë të mirëkontrolluar me minimumin e duhur të medikamenteve.

Tabela 4 Klasifikimi i rëndesës së astmës ≥ 12 vjeç

KOMPONENTËT E SHKALLËS SË RËNDESËS	INTERMITENTE	PERSISTENTE E LEHTË	PERSISTENTE E MODERUAR	PERSISTENTE E RËNDË
Dëmtimi				
Simptomat	≤ 2 ditë në javë	> 2 ditë në javë, por jo çdo ditë	Çdo ditë	Përgjatë ditës
Zgjimët gjatë natës	≤ 2 herë në muaj	3 deri në 4 herë në muaj	> Një herë në javë, por jo çdo natë	Shpesh 7 herë në javë
Përdorimi i beta agonistëve me veprim të shkurtër për kontrollin e simptomave (jo për parandalimin e bronkospazmës së shkaktuar nga aktiviteti fizik)	≤ 2 ditë në javë	> 2 ditë në javë, por jo më shumë se një herë në ditë	Çdo ditë	Disa herë në ditë
Pengesë në aktivitetin normal	Asnjë	Kufizime të vogla	Disa kufizime	Kufizime tepër të mëdha
Funksioni i mushkërive	FEV1 normal ndërmjet riakutizimeve; FEV1 >80 për qind nga parashikimi; FEV1/FVC normal	FEV1 ≥ 80 për qind nga parashikimi; FEV1/FVC normal	FEV1 > 60 për qind por < 80 për qind nga parashikimi; FEV1/FVC zvogëluar me 5 për qind	FEV1 < 60 për qind nga parashikimi; FEV1/FVC zvogëluar >5 për qind
Risku				
Riakutizime që kërkojnë kortikosteroide sistemike orale	0 deri 1 në vit†	≥ 2 në vit†	≥ 2 në vit†	≥ 2 në vit†
	Konsideroni shkallën e rëndesës dhe intervalin që nga riakutizimi i fundit; frekuenca dhe shkalla e rëndesës mund të ndryshojnë me kalimin e kohës te pacientët e çdo kategorie të shkallës së rëndesës; risku relativ vjetor i riakutizimeve mund të lidhet me FEV1			
Trajtimi	Hapi 1	Hapi 2	Hapi 3	Hapi 4 ose 5

†— Aktualisht, nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të lidhur frekuencën e riakutizimeve me nivelet e ndryshme të shkallës së rëndesës së astmës. Në përgjithësi, riakutizimet më të shpeshta dhe intense (p.sh., që kërkojnë kujdes urgjent; kujdes të paplanifikuar, shtrim në spital; shtrim në reanimacion) nënkuptojnë një formë më të rëndë të sëmundjes. Për qëllim të trajtimit, pacientët që kanë pasur dy ose më shumë riakutizime që kërkojnë kortikosteroide sistemike orale vitin e kaluar mund të konsiderohen njësoj si pacientët që kanë astmë persistente, edhe në mungesë të niveleve të dëmtimit që përkojnë me astmën persistente.

Përshtatur nga Instituti Kombëtar i Zembrës, Mushkërive dhe Gjakut, Programi Kombëtar për Edukimin dhe Parandalimin e Astmës. Raporti 3 i Panelit të Ekspertëve: udhëzime për diagnostikimin dhe menaxhimin e astmës (7).

Vlerësimi i kontrollit të astmës

Vlerësohet prania e simptomave ditore, zgjimet e natës për shkak të simptomave, nevoja për medikamente shpëtuese dhe kufizimi i aktiviteteve gjatë 4 javëve të fundit. Kontrolli i astmës klasifikohet në ‘kontroll i mirë’, ‘kontroll jo i mirë’ dhe ‘kontroll shumë i dobët’, duke u bazuar në parametrat që jep Tabela 5.

Tabela 5: Vlerësimi i kontrollit të astmës ≥ 12 vjeç

KOMPONENTËT E KONTROLLIT	KONTROLL I MIRË	KONTROLL JO I MIRË	KONTROLL SHUMË I DOBËT
Dëmtimi			
Simptomat	≤ 2 ditë në javë	> 2 ditë në javë	Gjatë gjithë ditës
Zgjimet gjatë natës	≤ 2 herë në muaj	1 deri 3 herë në javë	≥ 4 herë në javë
Pengesë në aktivitetin normal	Asnjë	Pak kufizim	Shumë kufizim
Përdorimi i beta-2 agonistëve me veprim të shkurtër për kontrollin e simptomave (jo për parandalimin e bronkospazmës së shkaktuar nga aktiviteti fizik)	≤ 2 ditë në javë	> 2 ditë në javë	Disa herë në ditë
FEV1 ose PEF	> 80 % e parashikimit/ vlerës më të mirë personale	60 - 80 % e parashikimit/ vlerës më të mirë personale	< 60 % e parashikimit/ vlerës më të mirë personale
Risku			
Riakutizimet	0 deri 1 në vit	≥ 2 në vit	
	Konsideroni shkallën e rëndesës dhe intervalet që prej riakutizimit të fundit		
Humbje progresive e funksionit të mushkërive	Vlerësimi kërkon kujdes ndjekës afatgjatë		
Efektet negative lidhur me trajtimin	Efektet anësore të mjekimit mund të variojnë në intensitet nga asnjë deri në tepër shqetësuese. Niveli i intensitetit nuk lidhet me nivelet specifike të kontrollit por duhet të merret parasysh në vlerësimin e përgjithshëm të riskut.		

Përshtatur nga Instituti Kombëtar i Zembrës, Mushkërive dhe Gjakut, Programi Kombëtar për Edukimin dhe Parandalimin e Astmës. Raporti 3 i Panelit të Ekspertëve: udhëzime për diagnostikimin dhe menaxhimin e astmës (7).

Për vlerësimin e astmës te të rriturit dhe fëmijët përdorni pyetësin përkatës të dhënë në aneksin 13.1. Pikët variojnë nga 5 (kontroll i dobët i astmës) në 25 (kontroll i mirë i astmës), ku numri më i lartë i pikëve tregon një kontroll më të mirë të astmës. ACT (testi i kontrollit të astmës) > 19 pikë do të thotë një astmë e kontrolluar mirë (24).

Vlerësimi i faktorëve të riskut për riakutizimin e astmës, duhet të kryhet në vizitën e parë dhe më pas çdo 1-2 vjet.

- Të pasurit simptoma të pakontrolluara të astmës është një faktor risku i rëndësishëm për riakutizimet.
- Identifikoni faktorë risku potencialisht të modifikueshëm për riakutizimet, të cilat e vendosin një individ përpara një risku më të madh për një atak të ardhshëm.
- Medikamentet: kortikosteroidet inhalatore (ICS) jo të përshtatshme; përdorim i barnave jo sipas përshkrimit/recetës; teknikë e pasaktë e përdorimit të inhalatorit; përdorim i lartë i SABA-ve (me vdekshmëri të rritur nëse > 1x 200-dozë flakoni/muaj)
- Prania e sëmundjeve të tjera: obeziteti, rinosinusiti kronik, GERD; alergji të konfirmuara nga ushqimet; ankth; depresion; shtatzëni.
- Ekspozim ndaj: duhanpirjes, alergjenëve nëse janë të sensibilizuar, ndotjes së ajrit.
- Mjedis: probleme të mëdha socio-ekonomike
- Funksioni i mushkërive: FEV1 i ulët, veçanërisht nëse është < 60 % të vlerës së parashikuar; reversibilitet i lartë.

Faktorë të tjerë madhorë të pavarur risku për riakutizimet përfshijnë:

- Të qenit i intubuar ose në kujdes intensiv për astmën
- Të pasurit ≥ 1 riakutizim të rëndë gjatë 12 muajve të fundit

Për të identifikuar shkaktarët e astmës, përdorni pyetësin e paraqitur në aneksin 13.2.

Menaxhimi efikas i astmës kërkon një qasje proaktive parandaluese. Për pacientët me astmë aktive, rekomandohen vizita ndjekëse rutinë, me një frekuencë prej një vizite çdo një deri në gjashtë muaj, në varësi të shkallës së rëndësës së astmës.

Për ato pacientë që nuk arrijnë të kenë kontroll të mirë të astmës megjithë trajtimin e rregullt, nevojitet vlerësim i mëtejshëm. Masat e mëposhtme ndihmojnë në vlerësimin e astmës së pakontrolluar në kujdesin parësor (2):

- Shihni pacientin teksa përdor inhalatorin. Diskutoni për përdorimin siç duhet dhe pengesat. Krahasoni teknikën e inhalatorit me udhëzimet në fletën shoqëruese të pajisjes dhe korrigjoni gabimet. Rikontrolloni shpesh. Diskutoni rreth pengesave në zbatimin e teknikës së inhalimit.
- Konfirmoni diagnozën e astmës. Nëse funksioni i mushkërive është normal gjatë

simptomave, konsideroni të përgjysmoni dozën e ICS-ve (kortikosteroideve inhalatore) dhe përsëritni matjen e funksionit të mushkërive pas 2-3 javësh.

- Siguroni shmangien e faktorëve të mundshëm të riskut, të tillë si: duhanpirja, marrja e beta-blokuesve, e NSAID-ëve, ekspozimi ndaj alergjenëve. Vlerësoni dhe menaxhoni sëmundjet bashkëshoqëruese si: riniti, obeziteti, GERD-i, depresioni/ankthi.
- Konsideroni kalimin në nivelin tjetër më të lartë të trajtimit. Merrni vendime bashkërisht me pacientin dhe peshoni përfitimet dhe risqet e mundshme.
- Referoni pacientin tek një specialist nëse astma nuk është ende nën kontroll pas 3-6 muajsh dhe ju mendoni se duhet kaluar në hapin 4 të trajtimit. Referoni më herët nëse simptomat e astmës rëndohen ose keni dyshime rreth diagnozës.

Vlerësimi dhe menaxhimi i astmës që përkeqësohet nga kushtet e punës dhe astmës profesionale

Vlerësimi

Gjasa për simptoma të lidhura me vendin e punës:

- Alergjenë të njohur (p.sh. izocianite, produkte bimore ose shtazore).
- Irritues ose stimuj fizik (p.sh. i ftohti/i nxehti, pluhur, lagështi).
- Kolegët mund të kenë simptoma të ngjashme.

Modelet e simptomave (në lidhje me ekspozimet në punë):

- Ka përmirësime gjatë lejes vjetore ose ditëve pushim (përmirësimi mund të zgjasë një javë ose më shumë).
- Simptomat mund të jenë të menjëhershme (< 1 orë), të vonuara (më shpesh, 2-8 orë pas ekspozimit), ose natën.
- Simptomat fillestare mund të shfaqen pas një ekspozimi në nivel të lartë (p.sh. derdhje).

Dokumentimi i lidhjes ndërmjet kushteve të punës dhe uljes së fluksit të ajrit të ekspiruar:

- Grafik në seri për 2-3 javë (2 javë në punë dhe deri në 1 javë larg punës, sipas nevojës për të identifikuar ose përjashtuar ndryshimet lidhur me kushtet e punës në PEF):
 - Mbani shënim kur ndodhin simptomat dhe ekspozimet
 - Mbani shënim kur përdoret bronkodilatatori
 - Matni dhe mbani shënim PEF-in (ose FEV1) çdo 2 orë kur jeni zgjuar
- Teste imunologjike
- Referime për vlerësime të mëtejshme konfirmuese (p.sh. testi i metakolinës)

Menaxhimi

Astma që përkeqësohet nga kushtet e punës:

- Bashkëpunoni me ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe/ose menaxherët/mbikqyrësit në vendin e punës.
- Diskutoni shmangien e ekspozimit, ajrimin, mbrojtjen respiratore, dhe ndalimin e duhanpirjes.

Astma e shkaktuar nga profesioni:

- Rekomandoni ndalimin e plotë të ekspozimit ndaj agjentit shkaktar.

Vlerësimi i shkallës së rëndesës, i kontrollit dhe faktorëve të riskut për astmë duhet të bëhet nga mjeku dhe/ose infermieri i familjes. Ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor duhet të aftësohen që të kryejnë dhe vlerësojnë parametrat për ndjekjen e pacientëve me astmë.

7. Menaxhimi i astmës

Katër komponentët thelbësorë të menaxhimit të astmës janë:

- edukimi i pacientit,
- kontrolli i shkaktarëve të astmës,
- monitorimi për ndryshime në simptoma ose funksionin e mushkërive, dhe
- terapia farmakologjike (27).

Parimet për menaxhimin e astmës janë:

- **Vlerësoni:** konfirmoni diagnozën, kontrolloni simptomat dhe faktorët e riskut (duke përfshirë funksionin e mushkërive), sëmundjet bashkëshoqëruese, teknikën e inhalimit dhe zbatimin e trajtimit.
- **Trajtoni dhe mbani nën kontroll** sëmundjet bashkëshoqëruese, duke kontrolluar faktorët e modifikueshëm të riskut, zbatoni strategjitë jo-farmakologjike, edukoni pacientët dhe familjarët dhe vlerësoni medikamentet e astmës.
- **Vlerësoni përgjigjen e terapisë:** duke përfshirë simptomat, përkeqësimet, efektet anësore të medikamenteve, kënaqësinë e pacientit, funksionin e mushkërive (2).

Qëllimet e menaxhimit të astmës janë:

- **Optimizimi i kontrollit të simptomave të astmës** – zvogëlimi i intensitetit dhe frekuencës së simptomave të astmës dhe ruajtja e aktivitetit të përditshëm sa më afër normales.
- **Reduktimi i riskut të ardhshëm** – reduktimi i riakutizimeve të astmës, i humbjes së funksionit të mushkërive me kalimin e kohës, dhe minimizimi i efekteve anësore nga medikamentet e astmës.

7.1 Trajtimi jo-farmakologjik

7.1.1 Edukimi i pacientit

Të gjithë personave që vuajnë nga astma u duhet ofruar edukimi për vetë-menaxhimin e astmës, përfshirë dhe planin e veprimit të personalizuar.

Zbatimi i trajtimit afatgjatë duhet të adresohet në mënyrë të rregullt dhe si rutinë.

Përmbajtja e edukimit të pacientit dhe programi i parandalimit përfshijnë:

- Përkufizimi i astmës

- Pika kyçe rreth shenjave dhe simptomave të astmës
- Ndryshimet karakteristike në rrugët e frymëmarrjes të pacientëve me astmë dhe roli i medikamenteve
- Shpërthyesit e astmës dhe si të shmangen ose të kontrollohen ato
- Trajtimi
- Frikërat e pacientit lidhur me medikamentet
- Mbajtja e një ditari
- Përdorimi i saktë i inhalatorëve
- Kriteret e mjekimit për të parandaluar shfaqjen e simptomave
- Monitorimi i fluksit maksimal ekspirator në shtëpi nëse është e mundur
- Vlerësimi i rezultateve të planit të trajtimit
- Frikëra dhe keqkuptimet
- Të kuptuarit dhe mbështetja nga familja
- Komunikimi me shkollën e fëmijës (nga prindi dhe personeli shëndetësor)
- Ndjenjat rreth astmës (28)

Plani i veprimit për astmën

Plani i veprimit për astmën është një përmbledhje udhëzimesh për menaxhimin e astmës të rriturit dhe fëmijët. Plani përgatitet nga pacienti së bashku me mjekun dhe infermierin, dhe shkruhet që të mbahet nga pacienti. **Plani i veprimit për astmën duhet të kontrollohet dhe të përditësohet të paktën një herë në vit.** Pacienti duhet të sjellë planin e veprimit sa herë që ka takim me mjekun. Një plan veprimi me shkrim është veçanërisht i rëndësishëm për pacientët me astmë persistente dhe të moderuar-persistente të rëndë dhe pacientët me një historik të përkeqësimeve të rënda.

Kujdesi i përditshëm i astmës — Pacientët mund të monitorojnë statusin e astmës së tyre duke u bazuar vetëm te simptomat, ose duke monitoruar leximet e PEF-it të përditshëm. Monitorimi i PEF-it nuk ka treguar që të jetë më i mirë se monitorimi bazuar në simptoma, prandaj secila qasje ose kombinim i qasjeve është i pranueshëm.

Menaxhimi i atakut — Pacientët duhet të kuptojnë se si të dallojnë simptomat e hershme dhe të fillojnë terapinë. Ata duhet të njohin shenjat që janë indikacione për kujdesin urgjent dhe duhet të inkurajohen që të ruajnë qetësinë gjatë përkeqësimeve të rënda.

Plani i veprimit për astmën përfshin:

- listën e barnave të zakonshme për astmën e pacientit, përfshirë dhe dozat
- udhëzime çfarë duhet bërë kur astma përkeqësohet, kur duhet të merren doza shtesë ose barna shtesë dhe kur duhet të kontaktohet mjeku ose të shkohet në urgjencë
- çfarë duhet të bëjë gjatë një urgjence të astmës

- emrin e mjekut ose profesionistit shëndetësor që ka përgatitur planin
- datën e hartimit të planit

Një model plani veprimi për astmën jepet në [Aneksin 13.3](#). Ky dokument mund të përdoret nga mjekët dhe infermierët e familjes me qëllim edukimin e pacientit rreth menaxhimit të astmës.

Edukimi i pacientit duhet të përfshijë edhe teknikën e inhalatorit. Teknika e përdorimit të inhalatorit jepet në [Aneksin 13.6](#).

7.1.2 Duhanpirja

Këshilloni të gjithë pacientët me astmë që të mos pijnë duhan dhe të shmangin ekspozimin ndaj tymit të duhanit. Ofrojeni ndihmë të gjithë duhanpirësve që të lënë duhanpirjen.

Shpjegojuni se duhanpirja ose thithja e tymit nga personat e tjerë që pijnë duhan dëmton mushkëritë, pengon barnat të japin efektin e duhur, vështirëson kontrollin e astmës dhe rrit gjasat që personi me astmë të ketë nevojë për kujdes mjekësor urgjent.

Vlerësoni kontrollin e astmës më shpesh për duhanpirësit ose personat që janë të ekspozuar ndaj tymit të duhanit.

Duhanpirja zvogëlon probabilitetin për të arritur një kontroll të mirë të astmës. Mes të rriturve me astmë, ekspozimi ndaj tymit të cigares (pirja e duhanit, ose ekspozimi i rregullt ndaj tymit të duhanit në mjedis brenda 12 muajve të fundit) është shoqëruar me një risk të rritur të nevojës për kujdes akut brenda dy ose tre viteve të ardhshme.

Brenda gjashtë javëve nga lënia e duhanpirjes, personat me astmë shfaqin përmirësime në funksionin e mushkërive dhe zvogëlim të inflamacionit të rrugëve të frymëmarrjes, në krahasim me personat me astmë që vazhdojnë të pijnë duhan (9-11).

Për informacione të mëtejshme rreth lënies së duhanpirjes konsultoni Udhëzuesin Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) (26).

7.1.3 Ushqyerja

Për të gjithë pacientët me astmë, inkurajoni ushqimin e shëndetshëm, përfshirë shumë fruta, perime dhe peshk, dhe minimizimin e marrjes së yndyrnave të ngopura.

Alergjitë ose intolerancat e dyshuara nga ushqimi duhet të diagnostikohen nga profesionistë të kualifikuar. Mos rekomandoni në mënyrë rutinë kufizime dietike, siç janë dietat me kripë të ulët, ose shmangien e bulmetit ose të shtesave të ushqimeve si strategji për menaxhimin e astmës.

Një vakt me përmbajtje të lartë në yndyrna mund të përkeqësojë kontrollin e astmës. Një vakt i tillë çon në një përqëndrim të shtuar të treguesve inflamatorë të sputumit dhe në zvogëlim të efikasitetit të bronkodilatatorit (salbutamol) 4 orë më vonë, krahasuar me një vakt me pak yndyrë të një të rrituri me astmë. Një vakt me përmbajtje të lartë

në acide yndyrore të pangopura çon në një përqëndrim më të lartë të treguesve inflamatorë të sputumit sesa një vakt pa acide yndyrore të pangopura. As suplementet e vajit të peshkut dhe as dietat me përmbajtje të ulët të natriumit nuk përmirësojnë kontrollin e astmës, dhe ka fakte të pakta që secila ndërhyrje mund të ndihmojë në kontrollin e bronkokonstriksionit të shkaktuar nga aktiviteti fizik (16).

Një dietë ‘mesdhetare’ (e pasur me peshk, fruta dhe perime) shoqërohet me ulje të riskut për fishkëllima dhe astmë në fëmijëri (17).

Sipas studimeve të kryera në Mbretërinë e Bashkuar, fëmijët që raportuan ngrënien e frutave më shumë se një herë në ditë kishin funksion më të lartë të mushkërive sesa fëmijët që raportuan se nuk hanin fruta dhe të rriturit të cilët kishin uljen më të madhe në marrjen e frutave të freskëta, gjatë një periudhe 7-vjeçare, kishin një rënie në funksionimin e mushkërive (16-17).

7.1.4 Aktiviteti fizik

Inkurajoni të gjithë pacientët me astmë të jenë fizikisht aktiv sepse është me përfitime për shëndetin e tyre fizik dhe mendor. Sigurojini ata që bronkokonstriksioni i shkaktuar nga aktiviteti fizik mund të menaxhohet në mënyrë efikase dhe nuk duhet të shërbejë si arsye për të shmangur aktivitetin fizik.

Rekomandoni aktivitetin fizik për të rritur dhe fëmijë me astmë si pjesë e menaxhimit gjithëpërfshirës të astmës, për përfitime në cilësinë e jetës së tyre. Sidoqoftë, mos konsideroni aktivitetin fizik si një zëvendësim të kujdesit gjithëpërfshirës të astmës që përfshin menaxhimin farmakologjik.

Mund të zvogëlojnë simptomat e astmës dhe/ose të përmirësojnë cilësinë e jetës të të rriturit me astmë, ushtrimet për frymëmarrjen. Programet e ushtrimeve të frymëmarrjes të ofruara nga një fizioterapist ose duke përdorur programe audio-vizuale, mund t’u ofrohen të rriturve me astmë si shoqëruese të mjekimit për të ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së jetës dhe për të zvogëluar simptomat. Ushtrimet aerobike mund të zvogëlojnë frekuencën e simptomave dhe përmirësojnë cilësinë e jetës tek të rriturit me astmë.

Aktiviteti fizik është një shpërthyes i zakonshëm i simptomave të astmës. Deri në 90% e njerëzve me astmë dhe 50% e atletëve profesionistë mund të pësojnë bronkokonstriksion të shkaktuar nga aktiviteti fizik. Bronkokonstriksioni i shkaktuar nga aktiviteti fizik është ngushtimi kalimtar i rrugëve të poshtme ajrore që ndodh pas një aktiviteti të fortë fizik, i përcaktuar si një ulje e FEV1 nga vlera e matur para aktivitetit fizik prej 10% ose më shumë tek të rriturit, dhe 13% ose më shumë tek fëmijët.

Aktiviteti fizik nuk ‘shkakton’ astmë, por provokon simptoma në rrugët hiperaktive të frymëmarrjes. Si gjenetika edhe mjedisi mund të kontribuojnë në bronkokonstriksionin e shkaktuar nga aktiviteti fizik, i cili ndodh kur ndërmjetësuesit inflamatorë lëshohen brenda rrugëve ajrore dhe shkaktojnë shtrëngimin e muskujve të lëmuar të mureve trugëve ajrore. Faktorët kontribues për simptomat në rrugët hiperaktive të frymëmarrjes përfshijnë: ajrin e thatë dhe ndotësit e ajrit (p.sh. irritues si klori në pishina, alergjenët, viruset) (18-20).

Strategjitë e mëposhtme mund të ndihmojnë personat me bronkokonstriksion të shkaktuar nga aktiviteti fizik për menaxhimin e simptomave të tyre:

- Të qënit sa më të shëndetshëm. Kjo rrit prapë për bronkokonstriksion të shkaktuar nga aktiviteti fizik dhe si rrjedhojë aktiviteti fizik i moderuar mund të mos shkaktojë më një 'krizë/atak'.
- Të ushtruarit në një mjedis të ngrohtë e të lagësht. Të shmangen mjediset me nivele të larta të alergjenëve, të gazeve irrituese ose me grimca në ajër.
- Marrja frymë nëpërmjet hundës.
- Nxemja përpara aktivitetit fizik. Nxemja i mundëson personit që të arrijë një periudhë rezistente, gjatë së cilës aktiviteti i mëtijshëm fizik nuk shkakton bronkokonstriksion.
- Kryerja e ushtrimeve relaksuese pas një aktiviteti të rëndë fizik: marrja frymë nëpërmjet hundës dhe të mbuluarit e gojës në mot të ftohtë dhe të thatë.

7.1.5 Obeziteti

Ndërhyrjet për humbjen e peshës (duke përfshirë programet dietike dhe ato të bazuara në ushtrime) duhet të merren parasysh për të rriturit mbipeshë dhe obezë me astmë. Obeziteti përcaktohet si indeksi i masës trupore (BMI) 30 kg/m^2 ose më i lartë, dhe mbipesha si BMI 25 kg/m^2 ose më shumë.

Personat obezë kanë një formë më të rëndë të astmës sesa personat jo obezë, ndoshta për shkak të faktorëve mekanikë, inflamatorë dhe gjenetikë. Është konstatuar se humbja e peshës përmirëson astmën, pavarësisht nga metoda e përdorur për të arritur humbjen e peshës. Përfitimet përfshijnë, përmirësime në hiperaktivitetin e rrugëve të frymëmarrjes, funksionimin e mushkërive, simptomat e astmës, kontrollin e astmës dhe nevojat për barna.

Humbja e peshës zakonisht përmirëson si apnenë obstruktive të gjumit ashtu edhe astmën. Lidhja shkak-pasojë dhe ndërlidhja ndërmjet këtyre dy gjendjeve shëndetësore është e ndërlikuar.

Sëmundja e refluksit gastro-ezofageal është e zakonshme te personat obezë ose mbipeshë dhe mund të ndikojë edhe te simptomat e astmës. Megjithatë, efikasiteti i trajtimit të refluksit gastro-ezofageal për përmirësimin e kontrollit të astmës varion në studime të ndryshme.

Ofroni referim tek një profesionist shëndetësor me ekspertizë në menaxhimin e peshës, siç është një dietolog, nëse ka, ose tek një infermier i familjes i kualifikuar për një shërbim të tillë (21-22).

Edukimi lidhur me rregullimin e stilit të jetës tek pacientët me astmë duhet të kryhet nga infermierët e familjes dhe/ose mjekët e familjes.

7.2 Trajtimi farmakologjik

Menaxhimi farmakologjik përfshin përdorimin e:

- **Medikamenteve kontrolluese (mbajtëse)** të tilla si kortikosteroidet inhalatore, bronkodilatatorët me veprim të gjatë (beta-agonistët dhe antikolinergjikët), teofilina, modifikuesit leukotriene, dhe strategji më të fundit si përdorimi i anti-imunoglobulinës E (IgE), antitruapat (omalizumab), antitruapat anti-IL5, dhe antitruapat anti-IL4/IL13 në pacientë të përzgjedhur.
- **Medikamenteve shpëtuese (lehtësuese)** gjatë përkeqësimeve/acarimeve përfshijnë: bronkodilatatorët me veprim të shkurtër, kortikosteroidet sistemike dhe ipratropium.

Pacientët duhet të nisin trajtimin në nivelin më të përshtatshëm të shkallës fillestare të rëndesës së astmës. Shkalla e rëndesës së astmës përcaktohet në bazë të faktorëve të mëposhtëm:

- Simptomat e raportuara gjatë katër javëve të fundit
- Numri i riakutizimeve që kanë kërkuar glukokortikoidë oralë gjatë vitit të kaluar
- Niveli aktual i funksionimit të mushkërive, nëse është i mundur të kryhet ky testim (FEV1 dhe vlerat FEV1/FVC, ose PEF-i nëse nuk ka spirometri)

Fillimi i terapisë farmakologjike te pacientët e patrajtuar më parë, por që kanë gjendje stabël, të cilët nuk janë duke marrë medikamente astme ose janë duke u trajtuar vetëm me një beta agonist me veprim të shkurtër (SABA) bazohet në frekuencën dhe rëndesën e simptomave të vetë individit.

Për të vlerësuar shkallën e rëndesës së astmës dhe trajtimin përkatës shihni Tabelën 4 në kreun 6 “Vlerësimi i astmës”.

Qëllimi është të arrihet kontrolli i hershëm i simptomave dhe ruajtja e kësaj gjendjeje duke rritur trajtimin sipas nevojës apo duke e zvogëluar atë kur kontrolli është i mirë, sipas një qasjeje “hap pas hapi”. Pacientët që paraqiten me një acarim akut të astmës, shpesh kërkojnë një trajtim fillestar të shkurtër me glukokortikoide sistemike dhe fillimin në të njëjtën kohë e medikamenteve kontrolluese afatgjata. Përzgjedhja e medikamenteve specifike kontrolluese bazohet në simptomat e fundit, por mund të bëhet një “hap prapa” sapo kontrolli i astmës përmirësohet.

Kujdesi mjekësor përfshin trajtimin e episodeve akute astmatike dhe kontrollin e simptomave kronike, përfshirë simptomat astmatike të natës dhe të provokuara nga aktiviteti fizik.

Pacientët, astma e të cilëve mund të klasifikohet si “e kontrolluar mirë” mund të mbahen me medikamentet e tyre aktuale dhe, nëse vazhdojnë me këtë gjendje për të paktën tre muaj, mund të konsiderohet një hap prapa në terapi.

Për pacientët, astma e të cilëve klasifikohet si “jo e mirë kontrolluar” gjatë terapisë së tyre fillestare, këshillohet që të bëhet një hap para dhe të rivlerësohen në dy deri në gjashtë javë; për pacientët me astmë “të kontrolluar shumë dobët”, konsideroni

përdorimin e kortikosteroidit sistematik oral afatshkurtër dhe bëni një ose dy hapa para, pastaj rivlerësoni pas dy deri në katër javësh.

Për të vlerësuar kontrollin e astmës së pacientit, shihni Tabelën 5 në kreun 6 “Vlerësimi i astmës”. Për informacione të mëtejshme në lidhje me terapinë “hap pas hapi” shihni kreun 7.2.3.

Përpara fillimit të një terapie të re me barna, mjekët e familjes duhet të kontrollojnë i) zbatimin e terapisë ekzistuese ii) teknikën e përdorimit të inhalatorit dhe iii) eliminimin e faktorëve provokues.

7.2.1 Inhalimi dhe agjentët oralë të astmës

Medikamentet e astmës zakonisht ndahen në dy kategori:

- Medikamentet për lehtësim të shpejtë (i quajtur edhe mjekim shpëtues) dhe
- Medikamentet për kontroll afatgjatë (i quajtur edhe mjekim mbajtës/kontrollues)

Medikamentet për lehtësim të shpejtë përdoren për të lehtësuar përkeqësimet akute të astmës dhe për të parandaluar simptomat e bronkokonstriksionit të provokuara nga aktiviteti fizik. Këto medikamente përfshijnë beta agonistët me veprim të shkurtër (SABA), antikolinergjikët (përdoren vetëm për përkeqësime të rënda) dhe kortikosteroidet sistemike, të cilët shpejtojnë rikuperimin nga përkeqësimet akute.

Medikamentet kontrolluese afatgjata përfshijnë kortikosteroidet inhalatore (ICS), beta agonistët me veprim të gjatë (LABAs), antikolinergjikët me veprim të gjatë, kombinimin e kortikosteroidëve inhalatore me beta agonistët me veprim të gjatë, metilksantinën, dhe antagonistët e receptorëve leukotriene (30).

Beta-2 agonistët inhalatorë me veprim të shkurtër (SABA)

Pacientët e diagnostikuar me astmë duhet të marrin një bronkodilatator me veprim të shkurtër për të lehtësuar simptomat. Beta-2 agonistët inhalatorë me veprim të shkurtër (Salbutamol) veprojnë më shpejt dhe/ose me më pak efekte anësore sesa barnat e tjerë alternativë.

Beta-2 agonistët lehtësojnë bronkospazmën duke relaksuar muskujt e lëmuar të bronkeve. Këta agjentë veprojnë si bronkodilatatorë dhe përdoren për trajtimin e bronkospazmës në episode astmatike akute dhe për parandalimin e bronkospazmës të lidhur me astmën e shkaktuar nga aktiviteti fizik ose astmën e natës.

Efektet anësore: Beta agonistët mund të rrisin takikardinë sinusale, por nuk duket se shoqërohen me efekte të tjera negative kardiake.

Kortikosteroidet inhalatore (ICS)

Steroidet janë agjentët më të fuqishëm anti-inflamator. Format e inhaluara janë aktive në vendin ku aplikohen, thithen dobët dhe ka pak të ngjarë të shkaktojnë efekte të dëmshme anësore. Kortikosteroidet inhalatore përmirësojnë kontrollin e astmës dhe cilësinë e jetës, zvogëlojnë shkallën e rëndesës së simptomave të astmës, pakësojnë

përdorimin e steroideve në rrugë sistemike, parandalojnë urgjencat, shtrimet në spital dhe vdekjet.

Kortikosteroidet inhalatore fillohen me doza në përputhje me shkallën e rëndesës së astmës, zakonisht dozë e ulët për të rriturit.

Doza duhet të rregullohet me synimin që të jepet doza më e ulët për të mbajtur astmën në kontroll në mënyrë efikase. Në përgjithësi, ICS-të në dozë të lartë ofrojnë pak përfitim dhe ekziston rreziku i shtuar i efekteve anësore, si supresioni i gjendrës mbiveshkore.

Kortikosteroidet inhalatore jepen dy herë në ditë (me përjashtim të ciclesonidit), duke synuar të kalohet në një dozë të vetme ditore me të njëjtën dozë ditore totale nëse arrihet një kontroll i mirë i astmës.

Efektet anësore: kandidoza, disfonia, efektet oftalmologjike. Këto mund të zvogëlohen me përdorimin e volumatikut për pompën me suspensionin e presuar (MDI). Për parandalimin e kandidozës këshillohet shpëlarja e gojës me ujë pas inhalacionit.

Doza e lartë e steroideve mund të çojë në fraktura të kockave, densitet mineral të ulët kockor, dhe risk të shtuar për katarakt dhe glaukoma.

Dozat e përditshme me të njëtin efekt të glukokortikosteroideve inhalatore për **të rriturit**:

Preparati	Dozë ditore e ulët µg	Dozë ditore e mesme µg	Dozë ditore e lartë Mg
Beclomethasone dipropionate	200–500	> 500–1000	> 1000–2000
Budesonide	200–400	> 400–800	> 800–1600
Ciclesonide	80–160	> 160–320	> 320–1280
Flunisolide	500–1000	> 1000–2000	> 2000
Fluticasone propionate	100–250	> 250–500	> 500–1000
Mometasone furoate	200–400	> 400–800	> 800–1200
Triamcinolone acetonide	400–1000	> 1000–2000	> 2000

Dozat e përditshme me të njëtin efekt të glukokortikosteroideve inhalatore për **fëmijët**:

Preparati	Dozë ditore e ulët µg	Dozë ditore e mesme µg	Dozë ditore e lartë Mg
Beclomethasone dipropionate	100–200	> 200–400	> 400
Budesonide	100–200	> 200–400	> 400
Ciclesonide	80–160	> 160–320	> 320
Flunisolide	500–750	> 750–1250	> 1250

Fluticasone propionate	100–200	> 200–500	> 500
Mometasone furoate	100–200	> 200–400	> 400
Triamcinolone acetonide	400–800	> 800–1200	> 1200

Beta-2 agonistë me veprim të gjatë (LABA)

Bronkodilatatorët me veprim të gjatë mund të lehtësojnë bronkospazmën duke relaksuar muskujt e lëmuar të bronkiolave deri në 12 orë. Dy LABA-t më të përdorura janë salmeterol dhe formoterol.

Ato nuk përdoren për trajtimin e bronkospazmës akute. Të kombinuar me kortikosteroidet, ato përdoren për trajtimin parandalues të simptomave të astmës, duke zvogëluar simptomat dhe përmirësuar funksionimin e mushkërive.

Ato nuk rekomandohen për përdorim si monoterapi për shkak të rritjes së riskut për rikautizime/përkeqësime.

LABA-t janë zgjedhja e parë si terapi fillestare shtesë të të rriturit me kortikosteroide inhalatore (ICS) dhe duhet të konsiderohen përpara se të rritet doza e ICS-ve. Shtimi i LABA-ve krahas ICS-ve është më mirë se dyfishimi i dozës së ICS-ve të pacientët e pakontrolluar me monoterapi me dozë të ulët të ICS-ve.

Agjentët anti-muskarinikë

Agjenti antikolinergjik me veprim të gjatë, tiotropium, mund të konsiderohet për terapinë mbajtëse afatgjatë, por jo për trajtimin akut të përkeqësimeve të astmës.

Ai bllokon receptorët-M₃ të muskujve të lëmuar, duke çuar në bronkodilatim. Ai jepet për trajtimin afatgjatë të astmës, me një dozë ditore.

Agjentët anti-muskarinikë me veprim të shkurtër, si ipratropiumi dhe oxitropiumi, veprojnë më ngadalë në krahasim me SABA-t, ndaj dhe nuk janë medikamentet e preferuara në atak astme. Ato mund të jenë të dobishme për ato pacientë të cilët nuk tolerojnë terapinë me SABA për shkak të efekteve anësore.

Agjentët anti-leukotriene (LTRA)

Agjentët anti-leukotrienë në dispozicion janë montelukast, zafirlukast, dhe një inhibitor i 5-lipoksigjenazës (zileuton).

Përdorimi i medikamenteve anti-leukotrienë bazohet në njohuritë që leukotrienet shkaktojnë bronkospazëm, rritje të përshkueshmërisë vaskulare, edemë të mukozave dhe infiltrim të qelizave inflamatore.

LTRA-të konsiderohen si një zgjedhje alternative për astmën persistente të lehtë.

Agjentët anti-leukotrienë mund të jenë më të dobishëm në kushtet specifike si më poshtë:

- Për pacientët me astmë persistente të lehtë dhe rinit alergjik, përdorimi i një LTRA-je mund të trajtojë njëkohësisht të dy situatat. Antagonistët e receptorëve leukotrienë janë efikasë në trajtimin e rinitit alergjik sezonal dhe të përhershëm, me një fuqi të krahasueshme me antihistaminikët e gjeneratës së dytë.
- Në rastet kur bronkospazma e shkaktuar nga aktiviteti fizik është një karakteristikë e spikatur, mund të përdoret një LTRA për të parandaluar simptomat e shkaktuara nga aktiviteti fizik.
- Pacientë me astmë dhe sëmundje të frymëmarrjes të përkeqësuar nga aspirina me mbiprodhim të leukotrieneve, si dhe në përgjigje të marrjes së aspirinës ose NSAID.

Këto medikamente merren në rrugë orale dhe si rrjedhojë shkaktojnë efekte anti-inflamatore përtej rrugëve të frymëmarrjes duke ulur gjithashtu simptomat e rinitit alergjik dhe konjunktivitit. Montelukasti oral është agjenti më i zakonshëm anti-leukotrien në përdorim, nuk është i hidhur, ka një dozim një herë në ditë dhe nuk ka efekte të rënda anësore.

Methylxanthine (Teofilina)

Teofilina është një bronkodilatator me veprim të gjatë që përdoret shpesh në të kaluarën si një medikament kontrollues për astmën persistente, por që vazhdon të jepet zakonisht si një bar për menaxhimin e astmës, sidomos në vendet në zhvillim, për shkak të kostos së ulët, disponueshmërisë dhe administrimit të lehtë. Teofilina ka një veprim bronkodilatator të dobët, por veprimi anti-inflamator i saj arrihet në doza të ulëta (200-400 mg/ditë).

Për shkak të cilësive modeste anti-inflamatore, efekteve anësore dhe niveleve të saj në gjak të cilat duhet të monitorohen në mënyrë që të shmanget toksiciteti, tashmë, teofilina (dimethylxanthine) përdoret rrallë. Rreziku i toksicitetit të rëndë, potencialisht i rrezikshëm për jetën, si dhe disponueshmëria e bronkodilatatorëve inhalatorë alternativë me veprim të gjatë kanë çuar në rënien drastike të përdorimit të teofilinës.

Stabilizuesit e qelizave mastocitare

Cromolyn sodium dhe nedocromil janë medikamente alternative për parandalimin e bronkokonstriksionit të shkaktuar nga aktiviteti fizik ose parandalimin e simptomave të astmës të shkaktuara nga ekspozime të parashikueshme alergjike.

Antittrupat monoklonale

Efektet e antitrupave monoklonale ndryshojnë në varësi të receptorëve ku lidhen. Omalizumab lidhet me IgE-të në sipërfaqe të qelizave mastocitare dhe të bazofileve. Ai zvogëlon çlirimin prej tyre të ndërmjetësuesve që nxisin reagimin alergjik. Mepolizumab, reslizumab, dhe benralizumab pengojnë lidhjen e IL-5 me eozinofile duke çuar në nivele më të ulëta të eozonifileve në gjak, inde dhe sputum. Dupilumab pengon receptorin alfa IL-4, dhe si rrjedhojë bllokoi sinjalizimin e IL-4 dhe IL-13.

Ofrimi i medikamenteve të aerolizuar

Mjeku i familjes duhet të lëshojë recetë për pompë vetëm pasi pacientët të jenë udhëzuar dhe të kenë demonstruar zotërimin e teknikës në mënyrë të kënaqshme. Ky udhëzim mund të kryhet nga Mjeku i Familjes, Infermieri i Familjes, Mjeku specialist dhe të kontrollohet saktësia e përdorimit të pajisjes në çdo konsultë. Teknika specifike e përdorimit të inhalatorit jepet në [Aneksin 13.6](#).

Pajisjet që përdoren për ofrimin e medikamenteve inhalatore përfshijnë:

- inhalator me dozë të matur
- inhalator me dozë të matur i aktivizuar nga frymëmarrja
- inhalator me pluhur të thatë (kapsule)
- volumatik
- nebulizator

7.2.2 Kortikosteroidet orale

Steroidet orale përdoren për periudha të shkurtra (3-10 ditë) për të fituar kontroll të shpejtë të episodeve akute astmatike të kontrolluara në mënyrë jo adekuate. Ato përdoren gjithashtu për parandalimin afatgjatë të simptomave në astmë persistente të rëndë, si dhe për frenimin, kontrollin dhe përmirësimin e inflamacionit. Pacienti me astmë persistente të rëndë duhet të referohet te mjeku specialist.

Përdorimi i shpeshtë dhe i përsëritur i beta-2 agonistëve mund të shoqërohet me një ulje të ndjeshmërisë dhe zvogëlim të reagimit të receptorit beta-2 ndaj agonistëve përkatës; ndjeshmëria dhe reagimi i receptorëve beta-2 ndaj agonistëve përkatës rikthehen me kortikosteroide.

Efektet anësore të mundshme të glukokortikoidëve në rrugë orale të marrë për një kohë të gjatë janë: rritja e glukozës në gjak, ndryshimi i humorit, pagjumësia, energjia e tepërt, oreksi i shtuar dhe mbajtja e lëngjeve. Gjatë terapisë së zgjatur me glukokortikoidë në rrugë orale duhet kontrolluar rregullisht presioni i gjakut dhe shtimi në peshë.

Prednizoloni oral duhet të jepet për të gjitha riakutizimet e astmës. Për të rriturit, është e përshtatshme një dozë prej 40-60 mg në ditë. Për fëmijët <16 vjeç, një dozë prej 1 mg për kg-peshë në ditë ka më pak efekte negative në sjellje sesa 2 mg për kg-peshë, prandaj rekomandohet një dozë prej 1 mg për kg-peshë në ditë (deri në 30 mg në ditë). Pacientët duhet të kenë akses dhe mundësi për të marrë kortikosteroidet orale gjatë riakutizimeve. Për fëmijët, tabletat e prednizolonit mund të bëhen pluhur dhe të jepen me sheqer. Kohëzgjatja e zakonshme e trajtimit është tre ditë për fëmijët dhe pesë ditë për të rriturit, megjithëse mund të jetë më e gjatë nëse pacienti nuk përmirësohet plotësisht (1).

7.2.3 Qasja “hap pas hapi” për menaxhimin e astmës

Për të vlerësuar shkallën e rëndesës së astmës së pacientit, shihni Tabelën 4 në kreun 6 “Vlerësimi i Astmës”.

Për pacientët që tashmë marrin një ose më shumë medikamente mbajtëse, terapia rregullohet “hap pas hapi”, duke rritur mjekimin derisa të kontrollohet astma dhe më pas duke pakësuar mjekimin kur është e mundur për të minimizuar efektet anësore, por duke e mbajtur astmën nën kontroll.

Në Figurën nr.1 paraqitet një përmbledhje e hapave, duke përfshirë ndërmarrjen e secilit hap, sipas GINA-s.

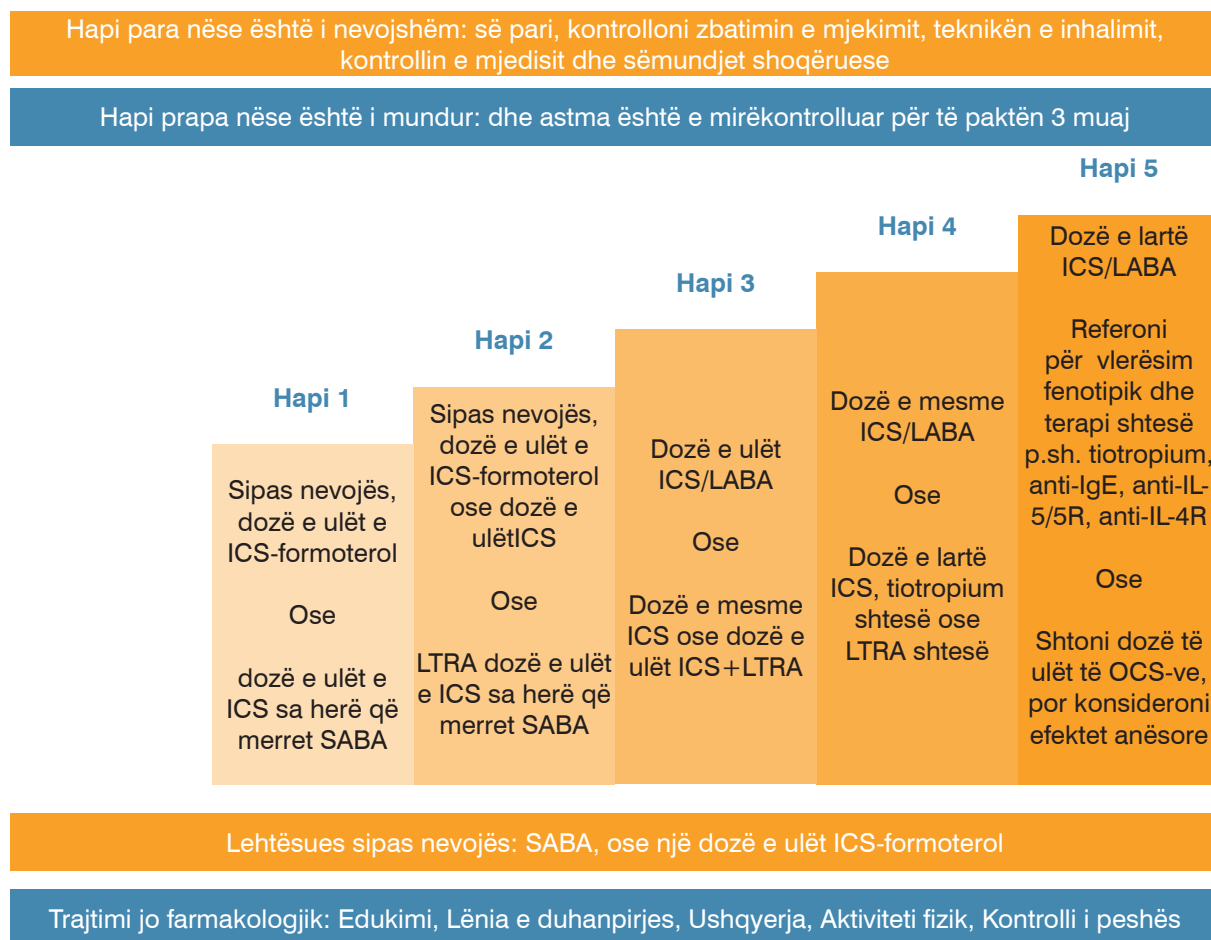


Figura 1: Qasja “hap pas hapi” për menaxhimin e astmës sipas GINA-s për pacientë ≥ 12 vjeç; Shkurtesa: ICS: kortikosteroide inhalatore; LABA: beta-2 agonistë me veprim të gjatë; LTRA: agjentët anti-leukotriene; OCS: kortikosteoroidet orale; SABA: beta-2 agonistë me veprim të shkurtër.

Hapi para (Stepping up) – Te pacientët me astmë jo të kontrolluar mirë, trajtimi duhet

të bëjë një “hap para”. Te pacientët me astmë të kontrolluar dobët, mund të jetë e nevojshme të bëhet më shumë se një hap përpara, dhe pasi të arrihet kontrolli i mirë mund të bëhet sërish një “hap prapa”.

Gjatë trajtimit të astmës së rëndë, shumë profesionistë shëndetësorë shtojnë një antagonist muskarinik me veprim të gjatë dhe/ose një modifikues leukotriene kombinimit glukokortikoidë inhalatorë me beta agonistë me veprim të gjatë (LABA). Kur astma e rëndë mbetet jo e kontrolluar mirë, glukokortikoidët oralë mund të jenë të nevojshëm çdo ditë ose një herë në dy ditë.

Nëse beta-2 agonistët me veprim të shpejtë përdoren më shumë se 2 ditë në javë për lehtësimin e simptomave (duke mos përfshirë përdorimin e beta-2 agonistëve me veprim të shpejtë për parandalimin e simptomave të shkaktuara nga aktiviteti fizik), mund të konsiderohet të bëhet një hap para.

Hapi prapa (Stepping down) – Për ata pacientë, astma e të cilëve është kontrolluar mirë me një gjendje të qëndrueshme për tre deri në gjashtë muaj, medikamentet kontrollorese mund të ulen/pakësohen me qasjen hap pas hapi. Këshillat specifike lidhur me hapin prapa jepen në Tabelën nr.6. Për udhëzimet si të ndërmerret hapiprapa, referojuni Tabelës të dhënë në aneksin 13.4.

Medikamentet e astmës duhet të shtohen ose hiqen sipas ndryshimit të frekuencës dhe shkallës së rëndesës së simptomave të pacientit, si më poshtë:

Hapi 1: Sipas nevojës, dozë e ulët ICS-formoterol ose dozë e ulët ICS sa herë që merret SABA. I rekomanduar është **Budesonide+formeterol**.

Formeteroli vepron brenda 3-5 minutash dhe Budesonide frenon inflamacionin bronkial. Nga studimet pacientët që marrin këtë trajtim shpëtues (lehtësues) përgjigjen me mirë ndaj mjekimit dhe kanë risk më të vogël për hospitalizime sesa pacientët që përdorin Ventolinën (2).

Nëse pacienti nuk bëhet mirë mund të marrë një shtypje tjetër pas disa minutash. Në riakutizim/përkeqësim astme, pacienti mund të marrë deri në 6 shtypje për të kontrolluar atakun e astmës, por nuk duhet të kalojë dozën maksimale ditore që është 8 shtypje në ditë.

Mjekimi tradicional i atakut të astmës është **B2 agonist me veprim të shkurtër**

(Salbutamol pompë) ose edhe KSI sa herë që përdorim B2 agonistin. Te fëmijët me “fishkëllima” episodike virale, mund të konsiderohet terapia afatshkurtër me ICS (kortikosteroide inhalatore) nëse ato janë pa simptoma ndërmjet intervaleve dhe nuk reagojnë sa duhet ndaj SABA-ve (beta-agonist me veprim të shkurtër).

Hapi 2: ICS ditore me dozë të ulët plus SABA sipas nevojës, ose ICS-formoterol me dozë të ulët sipas nevojës tek adultët. Në fillim të trajtimit, kortikosteroidet inhalatore përgjithësisht duhet të administrohen dy herë në ditë (përveç ciclesonide 1/d). Kurba e përgjigjes ndaj dozës është e sheshtë për të gjithë ICS-të, që do të thotë se efekti më i madh arrihet në situatën e qëndrueshme me doza të ulëta. Një dozë prej 400 µg/ditë budesonide ose 200 µg fluticasone dhe beclomethasone nuk duhet të tejkalohet

në **trajtimin afatgjatë të fëmijëve** për shkak të riskut për çrregullime të rritjes dhe insuficiençës së korteksit adrenal. Mjeku i familjes duhet të administrojë LTRA (anti-leukotrienet) Montelukast në nivelin 2 tek **të rriturit, fëmijët dhe adoleshentët** me probleme të zbatimit të mjekimit ose refuzimit të ICS-ve. Montelukasti mund të përdoret nëse ka vështirësi në inhalimin e kortikosteroideve ose në rast efektesh anësore nga to. Nëse prindërit refuzojnë ICS-të për shkak të shqetësimeve në lidhje me përdorimin e steroideve, monoterapia me montelukast mund të konsiderohet si një alternativë për ICS-të me dozë të ulët.

Vini re: LTRA-të janë më pak efikase në krahasim me ICS-të! Në rast të një astme alergjike stinore, trajtimi me ICS plus SABA dhe steroidet topikale nazale duhet të fillohen menjëherë dhe të ndërpriten rreth 4 javë pas përfundimit të ekspozimit.

- Hapi 3: dozë e ulët ICS-LABA plus mjekimi sipas nevojës me SABA ose ICS-formoterol me dozë të ulët. Ka përparësi trajtimi me dozë të ulët ICS-formoterol si terapi mbajtëse dhe si terapi lehtësuese/shpëtuese. Te pacientët me ≥ 1 përkeqësim gjatë vitit të kaluar, kombinimi ICS-formoterol është më efikas sesa terapia mbajtëse me ICS / LABA dhe SABA nëse kërkohet. Përdorimi si lehtësues në rast përkeqësimi është për shkak të veprimit të shpejtë të formoterolit, ndryshe nga Salmeteroli.

Fëmijët (6 - 11 vjeç): Dozë e mesme e ICS-ve. Opsioni tjetër: dozë e ulët e ICS-ve / LABA-ve.

Beta-2 simpatomimetikët inhalatorë me veprim të gjatë nuk duhet të përdoren në astmë **pa ICS!** Një avantazh i mundshëm i kombinimeve fikse (ICS / LABA) është (krahas garancisë se bronkodilatatori me veprim të gjatë administrohet gjithnjë bashkë me ICS-të) përmirësimi i zbatimit të terapisë, sidomos për ICS-të.

- Hapi 4: Dozë e mesme ICS-LABA plus SABA ose ICS-formoterol me dozë të ulët sipas nevojës. Opsione alternative: Shtu Tiotropium shtesë te pacientët ≥ 6 vjeç me një historik përkeqësimesh; Dozë e lartë e ICS/LABA-ve, por më shumë efekte anësore dhe më pak përfitime të shtesës; terapi shtesë afatgjatë, p.sh. me LTRA ose teofilinë me dozë të ulët me çlirim të vonuar. Konsidero lidhjen me ekspozimin për herë të parë ose të vazhdueshëm ndaj ndotësve ose alergjenëve dhe përdorimin e medikamenteve të reja. Faktorë të tjerë të rëndësishëm si: probleme të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes dhe mosrespektimi i trajtimit, duhet gjithashtu të merren parasysh. Diagnoza duhet të kontrollohet sërish në bashkëpunim me specialistin.

Fëmijët (6 - 11 vjeç): referojini te specialisti për vlerësim dhe konsultë.

- Hapi 5: Referoni te specialisti për vlerësim, investigime dhe trajtim shtesë. Dozë e lartë ICS-LABA plus SABA sa është e nevojshme. Trajtimi i mundshëm janë omalizumab (antitruapat anti-IgE) për astmë të rëndë alergjike (mosha ≥ 6 vjeç), si dhe mepolizumab (anti-IL5-AK) dhe benralizumab (anti-IL-5 receptor AK) për astmë të rëndë eozinofilike joalergjike (mosha ≥ 18 vjeç) (23).

Në qasjen “hap pas hapi” për menaxhimin e astmës është shumë e rëndësishme që mjekët e familjes të punojnë si ekip me specialistët në KSHP ose në nivelin sekondar

dhe terciar. Fillimi i terapisë inhalatore ose i terapisë orale me kortikosteroidë duhet të bëhet nga një specialist, i ndjekur nga raportimi/komunikimi dydrejtimësh me Mjekun e Familjes. Me këtë komunikim dydrejtimësh, mjeku i familjes është i aftë të rregullojë (hap para dhe hap prapa) trajtimin e astmës nëse është e nevojshme. Matja e PEF-it si një mjet i mirë monitorimi dhe vetë-monitorimi në shtëpi i pacientit me astmë duhet të zbatohet/përmirësohet edhe në praktikën e menaxhimit të astmës në Shqipëri.

7.3 Menaxhimi afatgjatë i astmës

Qëllimet specifike për kontrollin e astmës janë:

- Mungesa e simptomave të shpeshta ose shqetësuese të astmës (kollë, shtrëngim i gjoksit, fishkëllima ose mbajtje e frymës)
- Zgjime gjatë natës për shkak të astmës ≤ 2 netë në muaj
- Nevoja për medikamente për lehtësimin akut të simptomave të astmës ≤ 2 ditë në javë
- Funksion optimal i mushkërive
- Ruajtja e aktiviteteve normale ditore, duke përfshirë punën ose frekuentimin e shkollës dhe pjesëmarrjen në sport dhe/ose bërjen e ushtrimeve fizike
- Pacientë dhe familje të kënaqura me kujdesin ndaj astmës.
- FEV1 / PEF $> 80\%$ e parashikimit/vlerës më të mirë personale
- Për vlerësimin afatgjatë të astmës, konsultoni vlerësimin e kontrollit të astmës në Tabelën 5, kreu 6.

7.4 Acarimet/Riakutizimet

Riakutizimet e astmës janë episode të përkeqësimit akut të simptomave të astmës dhe funksionimit të mushkërive. Ato mund të jenë shfaqja e parë e astmës ose mund të ndodhin te pacientë të diagnostikuar me astmë si përgjigje ndaj një “faktori shpërthyes” si, infeksioni respirator viral, ekspozimi ndaj alergjenëve ose irrituesve, moszbatimi i mjekimit mbajtës, ose ekspozimi kundrejt një stimuli të panjohur (28).

Menaxhimi bazë:

- Vlerësoni shkallën e rëndesës së atakut dhe riskut për vdekje të lidhura me astmën (Tabela 6)
- Vlerësoni shpërthyesit e mundshëm (p.sh. alergjenë që thithen, si qimet e kafshëve, polenë, dhe myk; infeksione respiratore; medikamente si beta bllokuesit ose barna anti-inflamatore josteroidë në individë të ndjeshëm; irritues

që thithen si, gazrat kimikë ose pirja e cigares si dhe moszbatimi i mjekimit). Konsultoni Pyetësin në aneksin 13.2 për të identifikuar shkaktarët/shpërthyesit e astmës.

- Përdorni herët dhe shpesh një beta-2 agonist inhalator me veprim të shkurtër (SABA).
- Filloni glukokortikoidë sistemikë nëse nuk ka një reagim të menjëhershëm dhe të dallueshëm ndaj SABA-ve inhalatore.

Tabela 6: Klasifikimi i Atakut sipas GINA-s

Shenja e Shkallës së Rëndesës	Atak i lehtë ose i moderuar	Atak i rëndë	Atak kërcënues për jetën
Flet me	Fraza	Fjalë	Nuk flet
Pozicioni	Preferon të ulët dhe jo të shtrihet	Ulet i mbledhur	Nuk ka pozicion të caktuar
Gjendja mendore	Jo i shqetësuar	I shqetësuar	I përgjumur ose konfuz
Ritmi i frymëmarrjes	I rritur	> 30/minutë	Kraharor i heshtur
Përdorimi i muskujve ndihmës	Nuk përdoren	Përdoren	Nuk ka
Frekuenca e pulsit	100-120 rrahje/minutë	> 120 rrahje/minutë	Nuk preket
Saturimi i oksigjenit (pa i dhënë oksigjen shtesë)	90 % - 95 %	< 90 %	Nuk vlerësohet
Fluksi ekspirator maksimal	> 50 % nga parashikimi/vlera më e mirë personale	≤ 50 % parashikimi/vlera më e mirë personale	kundërindikohet

Vlerat e fluksit ekspirator maksimal (PEF):

Vlerat e fluksit ekspirator maksimal të kombinuar me vlerësimin e simptomave dhe të dhënat e ekzaminimit fizik mund të ndihmojnë pacientët dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor të gjykojnë shkallën e rëndesës së një përkeqësimi të astmës dhe në marrjen e vendimeve në lidhje me trajtimin. Matjet e PEF-it mund të kryhen brenda një minuti, janë të sigurt dhe pa shpenzime. Një ulje e PEF-it prej $\geq 20\%$ nga vlera normale, ose nga vlera më e mirë personale e pacientit, do të thotë riakutizim i astmës. Një **PEF $\leq 50\%$** nga niveli fillestar duhet të konsiderohet një atak i rëndë.

Trajtimi

Terapitë kryesore në klinikë janë administrimi në kohë dhe i përsëritur i SABA-ve, dhënia e hershme e glukokortikoidëve oralë, dhe oksigjeni shtesë për të arritur një nivel 93- 95 % të saturimit të oksigjenit të matur me pulsoksimetër:

1. Njoftoni menjëherë ambulancën/urgjencën në numrin 127 gjatë përkeqësimeve të rënda dhe kërcënuese për jetën.
2. Jepni SABA inhalator, për të gjithë ata me përkeqësim akut. Filloni me 4 shkrepje mundësisht me volumatik duke udhëzuar pacientin për teknikën e duhur. Kjo dozë përsëritet çdo 20 minuta për 1 orë. Gjithashtu, për pacientët që kanë përkeqësim më të rëndë ose raportojnë që nuk kanë përmirësim nga 4 shkrepje në shtëpi, administroni deri në 6 shkrepje me MDI (6 inhalime veçmas).

Nëse klinika ka pajisje nebulizatori, SABA mund të nebulizohet. Për salbutamol doza e zakonshme është 2.5 mg në 3 ml; kjo mund të jetë e disponueshme në një flakon me dozë të vetme ose në një formë të përqëndruar 2.5 mg / 0.5 ml që duhet të hollohet me 2.5 ml solucion fiziologjik para administrimit. Trajtimi me nebulizator mund të përsëritet në intervale prej 20 minutash për orën e parë.

3. Jepni glukokortikoide orale për riakutizime të astmës që janë të moderuara deri në të rënda, të karakterizuara nga simptoma që përsëriten ose persistojnë gjatë një deri në dy ditë ose nuk përmirësohen pas terapisë me SABA dhe/ose me një PEF <80% të parashikimit ose vlerës më të mirë personale pas përdorimit të bronkodilatatorit inhalator me veprim të shkurtër. Kohëzgjatja e glukokortikoidit oral duhet të jetë rreth 5 deri në 7 ditë derisa simptomat të jenë përmirësuar. Jepni Prednisolon oral 40-60mg çdo ditë për të rriturit, ndërsa për fëmijët (<16 vjeç) mund të jetë e përshtatshme një dozë prej 1mg për kg-peshë.
4. Oksigjeno-terapia, nëse është e disponueshme, mund të jetë e nevojshme gjatë një përkeqësimi për të mbajtur oksigjenimin arterial normal. Doza e oksigjenit rregullohet bazuar në arritjen dhe mbajtjen e saturimit të oksigjenit arterial të synuar (ndërmjet 93% dhe 95%) të matur me pulsoksimetrin.

Pacientët që përmirësohen dmth-në, simptomat pakësohen, ritmi i zemrës dhe i frymëmarrjes normalizohen, PEF > 60% nga parashikimi ose vlera më e mirë personale, SpO₂ > 94% pa oksigjen shtesë, zakonisht mund të menaxhojnë astmën e tyre në shtëpi, por me indikacione specifike për shërbimin e urgjencës (p.sh. përkeqësimi i simptomave, nevoja në rritje për SABA, PEF ≤ 60% të nivelit fillestar).

7.5 Ndjekja

Menaxhimi i astmës kërkon një qasje parandaluese, me vizita të planifikuara rregullisht gjatë të cilave:

- Vlerësohen simptomat (përdorni pyetësoin e kontrollit të astmës);
- Monitorohet funksioni pulmonar (me Spirometri ose PEF);
- Kontrollon ekspozimi ndaj shkaktarëve të astmës;
- Rishikohet ndikimi i sëmundjeve bashkëshoqëruese;

- Kontrolllohet zbatimi i trajtimit;
- Rregullohen medikamentet;
- Ofrohet edukim.

Në përgjithësi, pacientët duhet të vlerësohen çdo 1-6 muaj për kontrollin e astmës.

Nëse pacienti ka kontroll të mirë të astmës për të paktën 3 muaj, mund të ulim një shkallë nivelin e trajtimit. Nëse bëjme këtë ndryshim në terapi pacienti duhet të rivlerësohet pas 2-4 javësh për t'u siguruar që astma e tij është e mirë-kontrolluar.

Pasi është vendosur diagnoza e astmës, funksioni i mushkërive është treguesi më i rëndësishëm për vlerësimin e riskut në të ardhmen. Prandaj duhet të dokumentohet funksioni i mushkërive që kur vihet diagnoza, 3-6 muaj pas fillimit të trajtimit dhe në intervale periodike pas kësaj. Shumica e pacientëve duhet të monitorohen për funksionin pulmonar të paktën çdo 1-2 vjet, më shpesh fëmijët dhe ata me rrezik më të madh për përkeqësime ose rënie të funksionit të mushkërive.

Ndjekja pas riakutizimit:

Pacienti duhet të rivlerësohet pas çdo ataku astmatik brenda 2-7 ditëve, fëmijët, brenda 1-2 ditësh. Konsideroni referimin e hershëm te specialisti për pacientë që kanë patur nevojë të shtrohen në spital për menaxhimin e atakut të astmës ose për pacientë që paraqiten shpesh në urgjencë. Nëse pacienti është dërguar në urgjencë, duhet të rivlerësohet një javë pasi ka dalë nga spitali. **Të gjithë pacientët duhet të ndiqen rregullisht nga një ofrues i kujdesit shëndetësor derisa simptomat dhe funksioni i mushkërive të normalizohen (2).**

8. Kriteret e Referimit te Mjeku Specialist

Referimi për konsultim ose bashkë-menaxhim varet nga niveli i përvojës dhe aftësisë së ofruesit të kujdesit parësor në menaxhimin e astmës.

Rekomandohet referimi te specialisti:

- Për testin e spirometrisë për diagnostikimin dhe vlerësimin e reagimit ndaj trajtimit.
- Rastet me histori të një ataku astmatik jetë-kërcënues (p.sh. shtrimi në reanimacion, ventilimi mekanik për astmën)
- Pacientët që janë trajtuar më shumë se dy herë në vit me glukokortikoidëve oralë, ose pacientët në pamundësi për të ndërprerë glukokortikoidët oralë
- Kur nevojitet të kalohet në hapin 4 të terapisë ose më lart
- Në rast kontrolli të dobët të astmës pas tre deri në gjashtë muaj terapi aktive dhe monitorim të duhur; ose në rast përkeqësimi të simptomave
- Kur një pacient me astmë ka histori anafilaksie ose alergji ushqimore të konfirmuara
- Në rast të pranisë së sëmundjeve bashkëshoqëruese që komplikojnë gjendjen e pacientit (p.sh. sëmundje respiratore të provokuara nga aspirina, polipoza nazale, rinosinuziti kronik, aspergiloza bronkopulmonare alergjike, sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK)
- Në rast nevojë për teste shtesë diagnostikuese (p.sh. teste alergjike kutane, bronkoskopi, laringoskopi, testet e plota të funksionit pulmonar)
- Nëse pacienti është kandidat për imunoterapi ndaj alergjenëve ose terapi të tjera të reja

9. Kriteret e Referimit në Urgjencë

Referoni pacientët në urgjencë kur pacienti paraqet përkeqësim të simptomave dhe/ose PEF në ulje ose jo të përmirësuar (p.sh. $\leq 60\%$ nga parashikimi) pavarësisht trajtimit me SABA dhe glukokortikoidë oralë.

Për pacientët me përkeqësim të rëndë ose kërcënues për jetën, që shfaqin një ose më shumë nga karakteristikat e mëposhtme nevojitet **transferimi urgjent**, ndaj duhet të merren masa për transferim në urgjencë ndërkohë që administrohet trajtimi fillestar:

- Ndalim i frymëmarrjes, pjesa e sipërme e trupit e përkulur përpara
- I përgjumur, konfuz, ose i shqetësuar
- Nuk është i aftë të flasë me fjali të plota
- Shpeshtësia e frymëmarrjes > 30 frymëmarrje/minutë
- Rrahjet e zemrës > 120 rrahje për minutë
- $PEF \leq 50\%$ nga parashikimi ose vlera më e mirë personale ose pacienti nuk mund të masë PEF-in
- Saturimi i oksigjenit arterial (SpO_2) $< 90\%$

Në urgjencë, pacientëve me astmë akute të rëndë ose kërcënuese për jetën ose me reagim fillestar të dobët ndaj terapisë me beta-2 agonistë, u shtohet në terapi **ipratropium bromide me nebulizator** (0.5 mg çdo 4-6 orë) (29).

Sulfat magnezium intravenoz me një dozë e vetme prej 2 gm gjatë 20 min, mund të përdoret në situata të jashtëzakonshme në ato me astmë të rëndë që nuk i përgjigjen terapisë së kombinuar me beta-2 agonist inhalator, antikolinergjik dhe glukokortikoid sistemik.

10. Qasja e Kujdesit në Ekip për Menaxhimin e Astmës

Ekipi i Kujdesit Shëndetësor për Personat me Astmë mund të përbëhet nga:

- Mjeku i Familjes
- Infermieri i Familjes
- Pneumologu
- Alergologu
- Fizioterapisti
- Dietologu
- Farmacisti

Roli dhe Përgjegjësitë e Infermierit të familjes në menaxhimin e astmës:

Infermierët e familjes mund të luajnë një rol të rëndësishëm dhe të ushtrojnë përgjegjësi të qarta gjatë diagnostikimit, trajtimit dhe ndjekjes së pacientëve me astmë. Ky rol dhe përgjegjësitë përkatëse duhet të specifikohen dhe përfshihen në përshkrimet e punës të individualizuara për infermierët në përputhje me nivelin e kompetencave.

Për kujdesin ndaj pacientit, infermieri i familjes:

- Mat dhe vlerëson shenjat vitale, duke përfshirë pulsën, rrahjet e zemrës, saturimin e oksigjenit, shpeshtësinë e frymëmarrjes etj.
- Përfshihet në vlerësimin e astmës dhe identifikimin e shkaktarëve: ndihmon pacientin që të plotësojë pyetësorët përkatës dhe i shpjegon atij rregullat e pikëzimit
- Kontrollon zbatimin e mjekimit dhe teknikën e inhalimit,
- Kontrollon për efekte anësore të medikamenteve p.sh te pacientët që marrin steroide orale
- Di si të kyejë dhe të vlerësojë testimin PEF, nëse është në dispozicion
- Bën vizita në shtëpi për pacientët që nuk mund të vijnë te qendra shëndetësore, ose kur duhet të vlerësohet mjedisi i shtëpisë për alergjenë për pacientët me përkeqësime të përsëritura
- Njeh dhe vlerëson shkallën e rëndësës së riakutizimit

Administrimi i terapisë

- Administron trajtimin në qendrën shëndetësore për pacientin me përkeqësim akut dhe monitoron reagimin ndaj trajtimit, ndërkohë që mbështet pacientin
- Ofron ndihmën e parë në situata akute në familje/komunitet, dhe konsultohet me mjekun e familjes për menaxhimin e mëtejshëm

Edukimi i pacientit

Infermierët e familjes mund të luajnë një rol tepër të rëndësishëm në edukimin e pacientit dhe të familjarëve të tij si dhe në promovimin e vetë-kujdesit. **Tabela Programi i Parandalimit dhe Edukimit të pacientit me astmë jep përmbajtjen e programit.**

Në ofrimin e këtij edukimi, infermieri:

- Siguron që pacientët dhe familjarët kanë njohuri rreth astmës, qëllimit dhe veprimit të medikamenteve, siguron që kanë kuptuar nevojën për të shmangur shkaktarët. Siguron dhe i vë në dispozicion pacientit dhe familjarëve të tij materiale edukative të përditësuara bazuar në diagnozën e pacientit dhe faktorëve shkaktarë
- Udhëzon pacientin dhe familjarët e tij rreth rreth vlerave të pikflometrit për ato që e kanë një të tillë
- Thekson rëndësinë e zbatimit të terapisë së dhënë, të respektimit të masave parandaluese dhe të nevojës për vizita rikontrolli nga mjeku i familjes.
- Vlerëson të kuptuarit e pacientëve rreth planit të veprimit dhe si dhe kur të kërkojnë ndihmë mjekësore
- Për administrimin dhe përdorimin e sigurtë të barnave inhalatore, udhëzon mbi teknikën e duhur për përdorimin e inhalatorit me pajisje të ndryshme

Tabela: Programi i Parandalimit dhe Edukimit të pacientit me astmë

Përmbajtja	Data
Njohuri mbi astmën, çfarë është?	
Simptomat dhe shenjat karakteristike të astmës	
Ndryshimet karakteristike në rrugët e frymëmarrjes të pacientëve me astmë	
Faktorët përkeqësues dhe si të shmangen apo të kontrollohen	
Trajtimi i astmës	
Frikërat e pacientit përse i përket barnave	
Përdorimi i ditarit për vlerësimin e PEF-it nese pacienti ka pikflometer	
Përdorimi i pompave	
Mjekimi për parandalimin e simptomave	
Përdorimi optimal i pikflometrit në shtëpi (kur disponohet një i tillë)	

Vlerësimi i rezultateve të trajtimit	
Frikërat dhe të kuptuarit e sëmundjes	
Mbështetja e familjes	
Komunikimi me shkollën e fëmijës (nga prindërit dhe ekipi i mjekësisë së familjes)	
Ndjenjat e pacientit në lidhje me astmën	

Lënia e duhanit, Ushqyerja, Aktiviteti fizik dhe Obeziteti:

Për të përmbushur trajtimin jo farmakologjik, një infermier:

- Informon dhe këshillon pacientët që të lënë duhanin duke i mbështetur nëpërmjet motivimit dhe dhënies kurajë
- Informon dhe këshillon pacientët rreth ushqyerjes dhe alergjive ushqimore
- Informon dhe këshillon pacientët rreth aktivitetit fizik dhe përfitimeve të tij dhe të humbjes së peshës

Infermieri për mundësimin e kujdesit të vazhdueshëm të pacientit me astmë:

- Kujton pacientin për vizitën e kontrollit të radhës.
- Dokumenton vlerësimin dhe ndërhyrjet infermiore
- Menaxhon/përditëson të dhënat për astmën në regjistrin e sëmundjeve kronike të qendrës shëndetësore.

Infermieri i familjes referon pacientët te Mjeku i Familjes kur:

- Pacienti ka shenja vitale jo normale
- PEF është < 80 %, për ata pacientë që kanë pikflometër në shtëpi.
- Pacienti raporton përkeqësim të astmës
- Pacienti nuk zbaton terapinë e dhënë
- Pacienti ka pyetje shtesë rreth terapisë jo farmakologjike
- Astma ka qenë e mirëkontrolluar për 3 muaj, dhe mjeku mund të konsiderojë të bëhet një hap prapa me terapinë.
- Trajtimi farmakologjik nuk specifikohet në planin e veprimit për astmën.
- Pacienti raporton shkaktarë të mundshëm të astmës ose konstatime të tjera të veçanta gjatë anamnezës.
- Pacienti ka nevojë për ndihmë shtesë që të lërë duhanin.
- Pacienti ka pyetje shtesë rreth ushqyerjes, duke përfshirë alergjitë ushqimore, aktivitetin fizik dhe obezitetin.

Infermieri i familjes, kur pacienti paraqet përkeqësim të rëndë ose kërcënues për jetën, njofton shërbimin e urgjencës duke telefonuar 127.

Tabela 7: Roli i MF dhe i infermierit në menaxhimin e astmës

Veprimet	Anetari i ekipit – Kush?
Pyesni	
Simptomat	MF/infermier
Përcaktimin e qëllimeve që mbështesin vetë-menaxhimin	MF
Shkaktarët e astmës	MF/ infermier
Vlera më e mirë personale e PEF-it	MF/ infermier
Vlerësoni (brenda një cikli vjetor të kujdesit)	
Kontrollin e astmës	MF/ infermier
Shkallën e rëndesës së astmës	MF
Peshën, gjatësinë	Infermier
Shenjat vitale	Infermier
Zbatimin e planit individual të kujdesit për astmën	Infermier
Praninë e komplikacioneve të tjera	MF/ infermier
Testimin PEF	MF/ infermier
Probleme të tilla si, p.sh. alergji, probleme socio-ekonomike	MF/ infermier
Vlerësoni dhe Këshilloni	
Vlerësoni duhanpirjen, duke përfshirë problematikat e posaçme	MF/ infermier
Ushqyerjen	MF/ infermier
Nivelet e aktivitetit fizik	MF/ infermier
Shkaktarët e astmës	MF/ infermier
Problemet me mjekimin	MF/ infermier
Vetë-monitorimin e PEF-it	MF/ infermier
Ndihmoni ose rregulloni	
Hartimi i planit individual të kujdesit për pacientin me astmë bronkiale bashkë me pacientin	MF dhe Infermier
Përditësimi i regjistrit të sëmundjeve kronike lidhur me astmën	Infermier
Identifikimi i problemeve socio-ekonomike të pacientit dhe bashkëpunimi me sektorin social	Infermier
Vlerësimi i ecursisë një vjetore i ndjekjes së pacientëve me astmë kundrejt planit individual të kujdesit nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore.	MF dhe infermier

11. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për astmën dhe të cilësisë së menaxhimit të rasteve me astmë në KSHP.

Treguesit propozohen me qëllim që të përdoren për monitorimin, nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore, të zbatimit të protokollit të mjekimit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me Astmë, dhe të cilësisë së ndjekjes së rasteve me Astmë nga ekipi i mjekësisë së familjes.

1. Çdo pacient me astmë të këtë të dokumentuar në kartelë të paktën 1 spirometri në vit.

2. **Pyetësi për kontrollin e astmës** ([Aneksi 13.1](#)) i plotësuar gjindet në kartelën e çdo pacienti me astmë (Pyetësi mban datën e vizitës së përshkruar në kartelë). Një pyetësor bosh për të vlerësuar kontrollin e astmës në vizitën e ardhshme gjindet gjithashtu në kartelën e çdo pacienti me astmë.

3. **Pyetësi për identifikimin e faktorit shpërthyes të astmës**, i plotësuar nga pacienti është pjesë e kartelës së çdo pacienti me astmë. ([Aneksi 13.2](#))

4. **Plani individual i veprimit për çdo pacient me astmë** ([Anex 13.3](#)), është i përshkruar në ditën përkatëse të konsultës në kartelën e pacientit, ose gjindet një kopje e tij në kartelën e çdo pacienti me astmë. Data e tij përkon me përshkrimin e hartimit dhe të dhënies së planit të veprimit pacientit përkatës.

Mjeku duhet të dokumentojë në përshkrimin e ditës përkatëse planin individual të veprimit të astmës dhe pacientit duhet t'i japë "Planin individual" si dokument më vete dhe ta informojë që ta sjellë çdo herë me vete në vizitë ose ta ketë foto në celular dhe të mund ta tregojë në vizitën e radhës.

Në çdo vizitë në datën përkatëse, te kartela e pacientit Mjeku dokumenton në përshkrimin e konsultës që pacienti vazhdon të ketë të njëjtin plan veprimi dhe në

rast ndryshimi përshkruan ndryshimet përkatëse dhe pasqyron këto ndryshime të dokumenti i planit të veprimit që pacienti e merr me vete në shtëpi.

Monitorimi i këtyre treguesve duhet të integrohet në procesin e monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet bazike G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardet e Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetsor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

12. Referencat

1. Organizata Botërore e Shëndetit. Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike në kujdesin shëndetësor parësor në mjedise me burime të pakta. [Management of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in primary health care in low-resource settings.] Gjenevë, 2012.
2. GINA, Doracak për Menaxhimin dhe Parandalimin e Astmës (për të rritur dhe fëmijë mbi 5 vjeç) [Pocket Guide for Asthma Management and Prevention (for adults and Children Older than 5 Years)], Nisma Globale për Astmën [Global Initiative for Asthma], 2020
3. <http://www.ishp.gov.al/wpcontent/uploads/2015/kalendar/Dita%20Boterore%20e%20Asthmes.pdf>
4. Udhërrëfyesi Kombëtar i praktikës më të mirë klinike për menaxhimin e përgjithshëm të pacientit në kujdesin parësor, QKCSAISH, FSDKSH, June 2008, Asthma faqe 5-13
5. Edukimi në Vazhdim në KSHP: Manual për mjekët e përgjithshëm, USAID projekti PRO shendetit dhe Fakulteti i Mjekësisë, tetor 2008, Asthma faqe 251-264
6. <https://www.brit-thoracic.org.uk/about-us/pressmedia/2019/btssign-british-guideline-on-the-management-of-asthma-2019>
7. <https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/12-5075.pdf>
8. <https://www.guidelines.co.uk/respiratory/nice-asthma-guideline-chronic-asthma-management/453885.article>
9. Pedersen SE, Bateman ED, Bousquet J *et al.* Përcaktuesit e reagimit ndaj fluticasone propionate dhe kombinimit të salmeterol/fluticasone propionate në studimin e fitimit të kontrollit optimal të astmës. [Determinants of response to fluticasone propionate and salmeterol/fluticasone propionate combination in the Gaining Optimal Asthma control study.] *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120: 1036–42.
10. Osborne ML, Pedula KL, O'Hollaren M *et al.* Vlerësimi i nevojave të ardhshme të kujdesit akut të rriturit astmatikë: profili i një studimi të riskut të astmës: një studim gjatësor i mbajtjes së shëndetit bazuar në organizatë. [Assessing future need for acute care in adult asthmatics: the profile of asthma risk study: a prospective health maintenance organization-based study.] *Chest* 2007; 132: 1151–61.
11. Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD *et al.* Efektet e lënies së duhanit në funksionimin e mushkërive të duhanpirësit me astma. [Effects of smoking

- cessation on lung function and airway inflammation in smokers with asthma.] *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174: 127–33.
12. Wood LG, Garg ML, Gibson PG. Problemi i yndyrnave të larta rrit inflamacionin e rrugëve të frymëmarrjes dhe dëmton rikuperimin bronkodilatator tek astma. [A high-fat challenge increases airway inflammation and impairs bronchodilator recovery in asthma.] *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127: 1133–40.
 13. Thien FCK, De Luca S, Woods RK, Abramson MJ. Acidet yndyrore detare dietike (vaji i peshkut) për astmën te të rriturit dhe fëmijët. [Dietary marine fatty acids (fish oil) for asthma in adults and children.] *Cochrane Database Syst Rev* 2002; Numri 2.
 14. Këshilli Kombëtar i Astmës së Australisë. *Astma dhe Terapitë Plotësuese: një punim informues për profesionistët shëndetësor*. [Asthma and Complementary Therapies - An information paper for health professionals.] Melburn: Këshilli Kombëtar i Astmës së Australisë, 2012.
 15. Nagel G, Weinmayr G, Kleiner A *et al*. Efekti i dietës te astma dhe sensitizimi alergjik në Studimin Kombëtar të Alergjive dhe Astmës në Fëmijëri (ISAAC) Faza Dy. [Effect of diet on asthma and allergic sensitisation in the International Study on Allergies and Asthma in Childhood (ISAAC) Phase Two.] *Eur J Clin Nutr* 2007; 61: 54–60.
 16. Cook DG, Carey IM, Whincup PH *et al*. Efektet e konsumimit të frutave të freskëta në funksionimin e mushkërive dhe fishkëllimës te fëmijët. [Effect of fresh fruit consumption on lung function and wheeze in children.] *Thorax* 1997; 52: 628–33.
 17. Carey IM, Strachan DP, Cook DG. Efektet e ndryshimeve në konsumimin e frutave të freskëta mbi funksionin ventilator te të rriturit e shëndetshëm britanikë. [Effects of changes in fresh fruit consumption on ventilatory function in healthy british adults.] *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 728–33.
 18. Weiler JM, Anderson SD, Randolph C *et al*. Patogjeneza, prevalenca, diagnoza dhe menaxhimi i bronkokonstriksionit të shkaktuar nga aktiviteti fizik: një parametër praktike. [Pathogenesis, prevalence, diagnosis, and management of exercise-induced bronchoconstriction: a practice parameter.] *Ann Allergy Asthma Immunol* 2010; 105(6 Suppl): S1–S47.
 19. Bougault V, Boulet LP, Turmel J. Problemet bronkiale dhe simptomat respiratore te notarët elitë dhe atletët e sporteve dimërore. [Bronchial challenges and respiratory symptoms in elite swimmers and winter sport athletes.] *Chest* 2010; 138: S31–7.
 20. Bougault V, Turmel J, St-Laurent J *et al*. Astma, inflamacioni i rrugëve ajrore dhe dëmtimi epitelial te notarët dhe atletët e sporteve dimërore. [Asthma, airway inflammation and epithelial damage in swimmers and cold-air athletes.] *Eur Respir J* 2009; 33: 734–9.
 21. Boulet LP. Ndikimi i gjendjeve të komorbiditetit tek astma. [Influence of comorbid conditions on asthma.] *Eur Respir J* 2009; 33: 897–906.

22. Juel CT, Ali Z, Nilas L, Ukrik CS. Astma dhe obeziteti: a e përmirëson humbja e peshës kontrollin e astmës? Një analizë sistematike. [Asthma and obesity: does weight loss improve asthma control? a systematic review.] *J Asthma Allergy* 2012; 5: 21–6.
23. Sawicki G, Haver K: Astma te femijët nën 12 vjeç: Trajtimi i astmës persistente me medikamente kontrolluese. [Asthma in children younger than 12 years: Treatment of persistent asthma with controller medications.] Uptodate 5/2017.
24. <https://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/questionnaires/act.php>
25. Udhëzuesi i astmes bronkiale , Dhjetor 2010. A.Priftanji; M. Hoxha; E. Mesonjesi; E. Qirko; I. Cullaj; E. Tollozhina; A. Adhami
26. Valbona Iljazi, Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK), 2020
27. <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/asthma-control-in-general-practice.pdf>
28. Christopher H Fanta, MD;An overview of asthma management; Asthma in adolescents and adults: Evaluation and diagnosis; Treatment of intermittent and mild persistent asthma in adolescents and adults; Acute exacerbations of asthma in adults: Home and office management; Uptodate 2020
29. Sally Wenzel, MD ;Treatment of severe asthma in adolescents and adults; Uptodate 2020
30. Michael J Morris, MD, FACP, FCCP; Asthma Guidelines; Asthma Treatment & Management; Dec 20, 2019
31. Meredith C McCormack, MD, MHS; Office spirometry, uptodate 2020

13. Aneks

13.1 Testi i Kontrollit të Astmës

Testi i Kontrollit të Astmës (ACT) për të rritur dhe fëmijë. Pikët variojnë nga 5 (kontroll i dobët i astmës) në 25 (kontroll i plotë i astmës), ku numri më i madh i pikëve pasqyron një kontroll më të mirë të astmës. Pikët ACT >19 tregojnë për një astmë të mirëkontrolluar (24).

13.1.1 Testi i kontrollit të astmës për të rritur

Ky pyetësor është hartuar që t'ju ndihmojë me përshkrimin e astmës suaj dhe si astma ndikon se si ndiheni dhe çfarë jeni të aftë të bëni. Shenoni me X kutinë që përshkruan më mirë përgjigjen tuaj.

1. Gjatë **4 javëve të fundit**, sa kohë ju ka marrë astma nga aktivitetet në shtëpi ose në punë?

Gjithë kohën	Shumicën e kohës	Një pjesë të kohës	Shumë pak kohë	Aspak kohë
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Gjatë **4 javëve të fundit**, sa shpesh keni pasur vështirësi në frymëmarrje?

Më shumë se 1 herë në ditë	Një herë në ditë	3 deri në 6 herë në javë	1 ose 2 herë në javë	Asnjëherë
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Gjatë **4 javëve të fundit**, sa shpesh ju kanë zgjuar simptomat e astmës (fishkëllima, kolla, vështirësia në frymëmarrje, shtrëngimi ose dhimbja e kraharorit) gjatë natës ose në mëngjes më herët se zakonisht?

4 ose më shumë netë në javë	2 ose 3 netë në javë	Një herë në javë	Një ose dy herë	Asnjëherë
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

4. Gjatë **4 javëve të fundit**, sa shpesh keni përdorur inhalatorin apo nebulizatorit tuaj (si Albuterol, Ventolin, Preventil, Maxair, ose Primatene Mist)?

3 ose më shumë herë në ditë	1 ose 2 herë në ditë	2 ose 3 herë në javë	Një herë në javë ose më pak	Asnjëherë
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Si do ta vlerësonit kontrollin e astmës tuaj gjatë **4 javëve të fundit**?

Aspak nën kontroll	Kontroll i dobët	Disi nën kontroll	E mirë- kontrolluar	Plotësisht nën kontroll
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

13.1.2 Testi i kontrollit të astmës për fëmijë

Drejtojuani këto pyetje fëmijës suaj.

1. Si është astma jote sot?

Pikët

			
Shumë keq 0	Keq 1	Mirë 2	Shumë mirë 3

☐

2. Sa problem është astma për ty kur vrapon, bën ushtrime ose sport?

			
Është problem i madh. Nuk mund të bëj atë që dua. 0	Është problem dhe nuk më pëlqen 1	Është pak problem 2	Nuk është problem 3

☐

3. A kollitesh për shkak të asmës tënde?

			
Po, gjatë gjithë kohës. 0	Po, shumicën e kohës. 1	Po, ndonjëherë. 2	Jo, asnjëherë. 3

☐

4. A zgjohesh gjatë natës për shkak të astmës?



Po, gjatë gjithë kohës.

0



Po, shumicën e kohës.

1



Po, ndonjëherë.

2



Jo, asnjëherë.

3

Prindërve: Ju lutemi përgjigjuni ju këtyre pyetjeve.

5. Gjatë *katër javëve të fundit*, për sa ditë fëmija juaj ka pasur simptoma të astmës gjatë ditës?

Asnjë

 5

1 - 3 ditë

 4

4 -10 ditë

 3

11 - 18 ditë

 2

19 - 24 ditë

 1

Çdo ditë

 0

6. Gjatë *katër javëve të fundit*, për sa ditë fëmija juaj ka pasur fishkëllima gjatë ditës për shkak të astmës?

Asnjë

 5

1 - 3 ditë

 4

4 -10 ditë

 3

11 - 18 ditë

 2

19 - 24 ditë

 1

Çdo ditë

 0

7. Gjatë *katër javëve të fundit*, për sa ditë fëmija juaj është zgjuar gjatë natës për shkak të astmës?

Asnjë

 5

1 - 3 ditë

 4

4 -10 ditë

 3

11 - 18 ditë

 2

19 - 24 ditë

 1

Çdo ditë

 0

TOTALI

13.2 Pyetësor për të identifikuar shkaktarët e astmës

Ekspozimet ndaj alergjenëve
A keni simptoma të astmës gjatë të gjithë vitit apo vetëm në kohë të caktuara të vitit?
A mbani kafshë ose shpendë në shtëpi? A rrinë ata më tepër jashtë apo brenda shtëpisë?
A keni parë buburreca në shtëpi/shkollë/punë muajin e kaluar? Po brejtës/minj?
A ka lagështi, vende të lagura, erë myku, ose myk të dukshëm në shtëpinë tuaj?
Për pacientët që jetojnë në klimë të thatë, a përdorni një ftohës me avull? Këta ftohës a shoqërohen me lagështirë myk/ të shtuar?
A përkeqësohen simptomat e astmës gjatë sezonit të poleneve ose periudhat më të lagështa të vitit (që çon në më shumë myk dhe këpusha)?
A keni bërë ndonjëherë testet e alergjisë në lëkurë apo matje të IgE-ve? Nëse po, a i keni rezultatet?
Ekspozimi ngaj irrituesve
A pini cigare? Nëse po, sa në ditë dhe prej sa kohësh?
A pi duhan dikush në shtëpi/punë?
A konsumoni cannabis (marijuana), a përdorni cigare elektronike, apo me avull?
A përdorni sobë ose oxhak me dru në shtëpi?
A keni ndonjë ngrohës ose sobë me zjarr pa ventilim në shtëpi?
A jeni të ekspozuar rregullisht ndaj erërave ose gazrave nga parfumet, agjentët pastrues ose me spraj?
Puna dhe shkolla
A kolliteni, a dëgjoni fishkëllima gjatë frymëmarrjes në punë/shkollë? A ju nevojitet inhalatori juaj më shumë gjatë javës në punë/shkollë se sa në fundjavë, larg nga shkolla/puna?
A ju kruhen apo irritohen sytë ose hunda në punë/shkollë?
A kanë simptoma të ngjashme kolegët ose studentët e tjerë?
A jeni të ekspozuar ndaj tymrave, pluhurave, apo avujve në punë? Nëse po, cilat janë ato?
Probleme nazale
A keni zënie/bllokim të hundëve, rrufë, rrjedhje nga hundët, apo nuhatje të ulur, stinore apo të vazhdueshme?
Ku janë këto simptoma më keq, në shtëpi/shkollë/punë?
Refluksi gastroezofageal
A keni urth (një ndjesi djegësire në kraharonin tuaj); a ju kthehet ushqimi në gojë; a ndjeni/shijoni acid të athët nga stomaku në fytin tuaj?
Medikamente që mund të përkeqësojnë astmën
A përdorni pika për sytë? Nëse po, cilat? A përkeqësohen simptomat e astmës pas përdorimit të tyre?
A përdorni ndonjë medikament që përmban beta bllokues apo inhibitorë të ACE? A është përkeqësuar astma juaj që kur keni filluar të përdorni këto medikamente?

A përdorni aspirina apo antiinflamatorë të tjerë josteroidalë? A shfaqen menjëherë simptomat e astmës pas përdorimit të tyre?

Ndjeshmëri e mundshme ndaj sulfiteve

A keni fishkëllima, kollë, ose vështirësi në frymëmarrje pasi hani karkaleca, fruta të thata, ose patate të përpunuara, apo pasi keni pirë birrë ose verë?

Përshtatur nga: Raporti 2 i Panelit të Ekspertëve të Institutit Kombëtar të Zemrës, Gjakut dhe Mushkërive (EPR 3): Udhëzime për Diagnostikimin dhe Menaxhimin e Astmës. Botim i NHI nr. 08-4051, 2007

13.3 Plani i Veprimit për Astmën

Plani i Veprimit për Astmën

Sillni këtë Plan Veprimi për Astmën sa herë që kryeni vizitën me mjekun tuaj

Emri:	Kontakto në rast emergjence:
Data:	Emri:
Kontrolli vijues i astmës:	Telefoni:
Mjeku i Familjes:	Marrëdhënia:
Telefon:	



KUR JENI MIRË Astma është nën kontroll (pothuajse asnjë simptomë) Gjithnjë mbajeni me vete për ta përdorur në rast krize

Mjekimi juaj mbajtes është:

Përdornishkrepje/tabletë herë çdo ditë
Ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Mjekimi në krizë astme është:

Përdornishkrepje

Kur: keni simptoma si fishkëllimë,
kollë ose vështirësi në frymëmarrje
ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Udhëzime të tjera: (p.sh.
medikamente të tjera,
shmangien e shkaktarëve,
çfarë të bëni përpara
ushtrimeve!)



KUR NUK JENI MIRË Astma po përkeqësohet (keni nevojë për më shumë lehtësues se zakonisht, zgjoheni nga astma, astma po ju kufizon në aktivitetet tuaja të përditshme)

Vijoni të përdorni mjekimin mbajtës:

Përdornishkrepje/tableta..... herë çdo ditë ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Mjekimi ne rast krize është:

Përdorni.....shkrepje..... here çdo ditë ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Udhëzime të tjera: kontaktoni mjekun tuaj (p.sh. medikamente të tjera, kur të ndaloni medikamentet shtesë!)



NËSE SIMPTOMAT PËRKEQËSOHEN Riakutizim/atak i rëndë i astmës (ka nevojë për pompën me ventolinë sërish brenda 3 orëve, rëndim i veshtirësisë së frymëmarrjes, zgjim i shpeshtë gjatë natës me simptoma të astmës)

Vijoni të përdorni mjekimin mbajtës

Përdornishkrepje/tableta..... herë çdo ditë ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Mjekimi në krize është:

Përdornishkrepje ose përdorni një volumatik me inhalatorin tuaj.

Udhëzime të tjera: kontaktoni mjekun tuaj (p.sh. medikamente të tjera, kur të ndaloni medikamentet shtesë!)

Prednisolone:

Përdorniçdo mëngjes për.....ditë



SHENJAT E RREZIKUT: Emergjencë astme (probleme të rënda të frymëmarrjes, simptomat përkeqësohen shumë shpejt, marrja e medikamentit ka pak ose nuk ka efekt)

Telefononi menjëherë 127 për ambulancën. Thoni që kjo është një emergjencë astme. Vazhdoni të merrni lehtësuesin për sa kohë që keni nevojë.

**TELEFONONI 127 PËR
AMBULANCËN**

13.4 Trajtimi “hap pas hapi” i astmës

Opsionet për trajtimin me hap prapa (step-down) të astmës së mirëkontrolluar sipas GINA-s

Niveli aktual i trajtimit	Mjekimi / doza aktuale	Opsionet me hap prapa
Niveli 2	Dozë e ulët e ICS-ve	- Reduktim në 1 x dozë ditore - LTRA shtesë për të mundësuar pakësimin e dozës ICS
Niveli 3	- Dozë e ulët e/terapi mbajtëse me ICS/LABA - ICS/Formoterol si terapi mbajtëse ose si terapi e nevojshme - Dozë mesatare ose e lartë e ICS-ve	- Reduktim në 1 x dozë ditore - Ndërprerja e LABA-ve mund të çojë në përkeqësim - Reduktimi i ICS/ Formoterol - Terapi mbajtëse me 1x në ditë duke vazhduar terapinë e nevojshme të mëparshme me ICS/formoterol - Reduktim i dozës me 50 %
Niveli 4	- Dozë mesatare ose e lartë e ICS/ LABA Terapi mbajtëse - Dozë mesatare e ICS/ Formoterol si terapi mbajtëse ose si terapi e nevojshme - Dozë e lartë e ICS-ve dhe një bar i dytë për kontrollin e astmës	- Reduktim i dozës së ICS-ve me 50 % Mbaj dozën e LABA-ve - Ndryshim në dozë të ulët të terapisë mbajtëse me ICS/ Formoterol, si dhe vazhdim me dozë të ulët të terapisë së nevojshme - Reduktim i dozës së ICS-ve me 50%, mos ndryshoni dozën e “Kontrolluesit të dytë”

13.5 Lista e përgjithshme e barnave

Medikamenti	0-4 vjeç	5-11 vjeç	≥ 12 vjeç
Mjekim i kombinuar (kortikosteroid inhalator + beta-2 agonist me veprim të gjatë)			
Fluticasone/Salmeterol Inhalator me pluhur të thatë 100 µg/50 µg, 250 µg/50 µg or 500 µg/50 µg	Nuk aplikohet	1 inhalim 2x/ditë; doza varet nga shkalla e rëndesës ose e kontrollit	1 inhalim 2x/ditë; doza varion nga shkalla e rëndesës ose e kontrollit
Budesonide/Formeterol Inhalator me dozë të matur 80 µg/4.5 µg or 160 µg/4.5 µg	Nuk aplikohet	2 shkrepje 2x/ditë; doza varet nga shkalla e rëndesës ose e kontrollit	2 shkrepje 2x/ditë; doza varet nga shkalla e rëndesës ose e kontrollit
Beclomethasone/ Formeterol 100 µg/6 µg	Nuk aplikohet	NA	2X1 ose 2X2 inhalime në ditë në varësi nga shkalla e rëndesës
Mometasone/Formoterol Inhalator me dozë të matur 100 µg/5 µg Nuk është e disponueshme në Shqipëri	Nuk aplikohet	NA	2 inhalime 2x/ditë; doza varet nga shkalla e rëndesës së astmës
Modifikuesit Leukotriene (Antagonistët e Receptorëve Leukotriene dhe Inhibitori i 5-Lipoxygenase)			
Montelukast Tabletë përtypëse 4 mg ose 5 mg, pako me granula 4 mg, ose me tableta 10 mg	4 mg çdo natë para gjumit (1-5 vjeç)	5 mg çdo natë para gjumit (6-14 vjeç)	10 mg çdo natë para gjumit
Zafirlukast Tabletë 10 mg ose 20 mg. Merret të paktën 1 orë përpara vaktit të ushqimit ose 2 orë pas vaktit. Monitoroni funksionin e mëlçisë. Nuk është e disponueshme në Shqipëri.	Nuk aplikohet	10 mg 2x/ditë (7-11 vjeç)	40 mg çdo ditë (tabletë 20mg 2x/ditë)
Zileuton Tabletë 600 mg. Monitoroni funksionin e mëlçisë. Nuk është e disponueshme në Shqipëri.	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	2.400 mg çdo ditë (jepni 1 tabletë 4x/ditë)
Imunomodulatorë			
Omalizumab (Anti IgE) Injeksion subkutan, 150 mg/1.2 mL pas bashkimit me 1.4 mL ujë steril për injeksion. Monitoroni pacientët pas injeksionit; jini të gatshëm të trajtoni anafilaksinë që mund të shfaqet.	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	150-375 mg subkutan çdo 2-4 javë, në varësi të peshës dhe nivelit IgE-ve të serumit para trajtimit

Cromolyn			
Cromolyn Nebulizator 20 mg/ampulë Nuk është i disponueshëm në Shqipëri	1 ampulë 4x/ditë; nuk aplikohet për fëmijë < 2 vjeç	1 ampulë 4x/ditë	1 ampulë 4x/ditë
Methylxanthine			
Teofilina Në gjendje të lëngshme, tableta me çlirim konstant, dhe kapsula. Monitoroni nivelet e përqendrimit të teofilinës në gjak	Doza fillestare 10 mg/kg/ditë; maksimumi i zakonshëm: < 1 vjeç: 0.2 (mosha në javë) + 5 = mg/kg/ ditë ≥ 1 vjeç: 16 mg/kg/ ditë	Doza fillestare 10 mg/kg/ditë; maksimumi i zakonshëm: 16 mg/ kg/ditë	Doza fillestare 10 mg/kg/ditë deri në 300 mg maksimumi; maksimumi i zakonshëm: 800 mg/ ditë
Beta-2 agonistët me veprim të shkurtër (SABA)			
Salbutamol (Ventolin) Suspension i presuar me inhalator 100 mcg/shtypje; Solucion për nebulizator 2mg/5 ml; 5mg/ml	Në riakutizime 2-6 inhalime ose 2.5mg në 3ml sol. për nebulizator çdo 20 min; më pas 2-3 doza, sipas nevojës çdo 3-4 orë .	Në riakutizime 2-8 inhalime ose 2.5mg-5 mg sol për nebulizator përsërite çdo 20min; më pas 2-3 doza, sipas nevojës çdo 3-4 orë	2 shtypje ose 2.5 mg në 3 ml solucion për nebulizator sipas nevojës për lehtësim të simptomave akute çdo 4-6 orë; Në atak astme (sipas rëndesës) 2-8 inhalime ose 2.5-5 mg sol për nebulizator cdo 20 min ,3 doza dhe në vazhdim çdo 3-4 orë)
Beta-2 agonistët inhalatorë me veprim të gjatë (LABA-t); të përdorura së bashku me ICS-të për kontroll afatgjatë; LABA-t NUK duhet të përdoren si monoterapi			
Salmeterol Inhalator me pluhur të thatë 25, 50 µg/tabletë (blister)	NA	1 tabletë (blister) çdo 12 orë	1 tabletë (blister) çdo 12 orë
Formoterol Inhalator me pluhur të thatë 12 µg/kapsulë njëpërdorimshme	NA	1 kapsulë çdo 12 orë	1 kapsulë çdo 12 orë
Kortikosteroide sistemike orale			
Prednisolone Tableta 5 mg; 5 mg/5 cc, 15 mg/5 cc Prednisone Tableta 1, 2.5, 5, 10, 20, 50 mg; 5 mg/cc	Kohë e shkurtër përdorimi: 1-2 mg/ kg/ditë, maksimumi 60 mg/d për 3-10 ditë	Kohë e shkurtër përdorimi: 1-2 mg/ kg/ditë, maksimumi 60 mg/d për 3-10 ditë	Kohë e shkurtër përdorimi: për të arritur kontrollin, 40-60 mg/ditë si një dozë e vetme ose e ndarë në dy doza për 3-10 ditë

Shkurtesa: NA: nuk aplikohet

13.6 Teknikat e inhalimit

Teknika për përdorimin e pompës inhalatore me suspension të presuar (MDI) pa volumatik

- Hiqni kapakun e gojzës së inhalatorit (pompës).
- Përgatisni inhalatorin tuaj nëse kjo është hera e parë që e përdorni, ose keni disa ditë që nuk e keni përdorur, ose ju ka rënë në tokë . Kjo nënkupton që ta tundni MDI-në dhe ta spruconi në ajër (larg fytyrës suaj) deri në 4 herë. Shihni fletën shoqëruese të inhalatorit për udhëzime më të sakta përdorimi.
- Tundeni fort kutinë e inhalatorit për rreth 5 sekonda.
- Mbajeni inhalatorin drejt me gishtin tregues sipër kutisë së medikamentit, ndërkohë që gishti i madh mbështetet te pjesa fundore e inhalatorit.
- Nxirrni frymën normalisht.
- Vendoseni gojzën në mes të dhëmbëve tuaj dhe puthitini buzët ose pozicionojeni gojzën rreth 4 cm (përafërsisht gjerësia e dy gishtave) larg gojës suaj.
- Mbajeni gjuhën larg “hapjes” së gojzës.
- Në të njëjtën kohë që shtypet kutia, merrni frymë thellë dhe ngadalë nëpëmjet gojës suaj derisa mushkëritë të mbushen plotësisht; kjo zgjat nga 4 deri në 6 sekonda.
- Mbajeni medikamentin në mushkëritë tuaja deri sa të ndiheni rehat (rreth 5 deri në 10 sekonda) përpara se të nxirrni frymën.
- Nëse keni nevojë për një shkrepje të dytë, prisni rreth 15 deri në 30 sekonda ndërmjet shkrepjeve. Tundeni sërish kutinë përpara shkrepjes tjetër.
- Kur të mbaroni, vendosni kapakun mbi gojzë.
- Nëse inhalatori juaj përmban një medikament steroid (ndonjëherë i quajtur glukokortikoid ose kortikosteroid), shpëlajeni gojën dhe bëni gargarë me ujë pas përdorimit. Nuk duhet të gëlltisni ujin, por ta nxirrni atë.

Këto udhëzime NUK vlejnë për inhalatorë me pluhur të thatë ose me sprucim të lehtë. Shifni me kujdes procedurën specifike të inhalimit për inhalatorë të ndryshëm.

Teknika për përdorimin e pompës inhalatore me suspension të presuar (MDI) me volumatik

- Hiqni kapakun nga gojza e pompës inhalatore dhe kontrolloni për ndonjë objekt të lirshëm brenda pajisjes.
- Përgatisni pompën tuaj inhalatore nëse kjo është hera e parë që e përdorni, ose keni disa ditë që nuk e keni përdorur, ose ju ka rënë në tokë. Kjo nënkupton që ta tundni inhalatorin dhe ta spruconi në ajër (larg fytyrës suaj) deri në 4 herë. Shihni fletën shoqëruese të inhalatorit për udhëzime më të sakta përdorimi.
- Fusni pompën në volumatik

- Tundeni fort kutinë e inhalatorit për rreth 5 sekonda.
- Mbajeni inhalatorin drejt me gishtin tregues sipër kutisë së medikamentit, ndërkohë që gishti i madh mbështetet te pjesa fundore e inhalatorit. Mund të përdorni dorën tjetër për të mbajtur volumatikun.
- Nxirrni frymën normalisht nëpërmjet gojës.
- Vendoseni gojzën e volumatikut në mes të dhëmbëve tuaj dhe mbajini buzët tuaja fort rreth gojzës së volumatikut. (Nëse përdorni një maskë të lidhur me volumatikun, vendosni maskën në mënyrë të tillë që të mbulojë plotësisht gojën dhe hundën tuaj.)
- Sigurohuni që gjuha juaj nuk e bllokoi hapjen e gojzës së volumatikut.
- Shtypni pjesën e sipërme të kutisë me gishtin tuaj tregues për të nxjerrë medikamentin.
- Në të njëjtën kohë, merrni frymë thellë dhe ngadalë nëpërmjet gojës suaj derisa mushkëritë të mbushen plotësisht; kjo duhet të zgjasë rreth 3 deri në 5 sekonda.
- Mbajeni medikamentin në mushkëritë tuaja për rreth 5 deri në 10 sekonda. Nëse nuk keni bërë një frymëmarrje të thellë, ose nuk mund ta mbani frymën gjatë, ju mund të thithni për një herë të dytë derisa ta zbrasni volumatikun dhe mbajeni frymën sërish për rreth 5 sekonda. Foshnjat, fëmijët e vegjël, ose ata që nuk janë në gjendje të bashkëpunojnë për një frymëmarrje të thellë ose mbajtje fryme, mund ta zbrasin volumatikun me 5 deri në 6 frymëmarrje normale.
- Nëse keni nevojë për më shumë se një shkrepje, prisni rreth 15 deri në 30 sekonda ndërmjet shkrepjeve. Tundeni sërish kutinë përpara shkrepjes tjetër. **Mos** bëni dy shkrepje në volumatik dhe më pas ta zbrasni volumatikun me një inhalim të vetëm.
- Kur të mbaroni, vendosni kapakun mbi gojzën.

MDI-të kërkojnë te përdoren me volumatik për efikasitet më të madh

- Pa volumatik, medikamenti depozitohet më shumë në faring
- Volumatiku rrit efikasitetin dhe ul efektet anësore:
 - Përmirëson ndjeshëm shpërndarjen e medikamentit në bronke
 - Pakëson përthithjen sistemike të barit

Teknika për përdorimin e inhalatorëve të ndryshëm me pluhur të thatë (kapsulë)

Kini kujdes

- Asnjëherë mos e merrni pluhurin në mënyrë orale! Mbajeni veçmas medikamenteve që merren nga goja!
- Mos e shkundni inhalatorin përpara përdorimit (ndryshe nga MDI)

A. Përgatitja

1. Hiqni kapakun nga pajisja
2. Vendosni kapsulat e pluhurit ose formula të tjera sipas udhëzimeve të përdorimit
3. Nuk ka nevojë për volumatik

B. Inhalimi

1. Vendosni inhalatorin te buzët, duke e mbajtur atë në një pozicion
2. Filloni të merrni frymë brenda tij ndërkohë që shtypni inhalatorin për të nxjerrë medikamentin
3. Merrni frymë thellë dhe shpejt, ndryshe nga MDI
4. Më pas mbajeni frymën për 10 sekonda
5. Më pas nxirreni të gjithë ajrin dhe shmangni frymënxjerrjen në pajisje (në mënyrë që pluhuri të mos laget)

14. Shkurtime

FEV1-volumi ekspirator maksimal i sekondës së parë

PEF-Volumi maximal expirator

ICS/KSI-kortikosteroidë inhalatore

SABA-Beta-agonist me veprim të shkurtër

LABA-Beta-agonist me veprim të gjatë

LTRA- Anti leukotriene

GERD- Refluksi gastro-ezofageal

NSAID- Antiinflamatorë jo steroidë

ACE- Inhibitorët- inhibitorët e enzimës konvertuese të angiotenzinës

NPV- Vlerë parashikuese negative

ACT - Testi i kontrollit të astmës

anti-IgE-antitrukat ndaj imunoglobulinës E

anti-IL5- antitrukat kunder interleukinës 5

MDI- Pompat me suspension të presuar

ACT-Testi i Kontrollit të Astmës

